

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON

- MEDECINE -

U. E. R. ALEXIS-CARREL

Année 1976 - N° 518

**URGENCE MEDICALE
STATISTIQUES DU PAVILLON N
EN 1975**

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 29 Novembre 1976

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Christian RASSAT

né le 19 Mars 1949

à LYON 3^e (Rhône)

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. ALEXIS-CARREL

Année 1976 - N°

URGENCE MEDICALE
STATISTIQUES DU PAVILLON N
EN 1975

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 29 Novembre 1976

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Christian RASSAT

né le 19 Mars 1949

à LYON 3^e (Rhône)

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON

• MEDICINE •

M. E. R. ALEXIS-CARRÉ

Année 1976 - 77

URGENCE MEDICALE
STATISTIQUES DU PAVILLON N
EN 1975



THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 28 Novembre 1976
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Christian RASAT

né le 19 Mars 1949

à LYON 8^e (Rhône)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

=====

Président de l'Université : Mr le Pr D. GERMAIN
Premier Vice-Président : Mr le Pr E. ELBAZ
Deuxième Vice-Président : Mr P. PONCET, Maître Assistant
Troisième Vice-Président : Mr H. BONNET, Etudiant.
Secrétaire Général : Mr J. RAMBAUD, Administrateur Civil.

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE

Médecine - GRANGE BLANCHE - Directeur : Mr le Pr B. SALLE
ALEXIS-CARREL - Directeur : Mr le Pr C. GIROD
SUD-OUEST - Directeur : Mr le Pr J.M. ROBERT
LYON-NORD - Directeur : Mr le Pr J.P. GARIN

Biologie Humaine : Mr le Pr J.C. CZYBA

Techniques de Réadaptation : Mr A. MORGON, Maître de Conférences agrégé

Sciences Pharmaceutiques : Mr le Pr L. ODDOUX

Sciences Odontologiques : Mr le Dr R. VINCENT

Institut Régional d'Education Physique et Sportive : Mr A. MILLON, Professeur d'E.P.

Mathématiques : Mr le Pr. H. BUCHWALTER

Physique : Mr le Pr R. UZAN

Chimie et Biochimie : Mr le Pr J. HUET

Sciences de la Nature : Mr le Pr J. BRUN

Sciences physiologiques : Mr R. FONTANGES, Maître de Conférences agrégé

Observatoire de LYON : Mr le Pr J.H. BIGAY

Physique Nucléaire : Mr le Pr A. SARAZIN

Mécanique : Mr le Pr J. MATHIEU

I.U.T. n° 1 : Mr le Pr B. POUYET

I.U.T. n° 2 : Mr J. GALLET, Directeur E.N.S.A.M.

AVANT-PROPOS

Aux yeux de beaucoup de personnes, l'enseignement de l'hygiène est une science morte, et l'on se demande pourquoi on lui accorde une place si importante dans les études médicales.

Il n'est pas de science morte.

Il est une science qui a des applications très pratiques.

Il est une science qui a des applications très pratiques, et qui a des applications très pratiques, et qui a des applications très pratiques.

Il est une science qui a des applications très pratiques, et qui a des applications très pratiques, et qui a des applications très pratiques.

Il est une science qui a des applications très pratiques, et qui a des applications très pratiques, et qui a des applications très pratiques.

En fait, cette science a des applications très pratiques :

- l'hygiène "générale", qui a des applications très pratiques ;

- l'hygiène "particulière", qui a des applications très pratiques ;

- la "bonne" hygiène, qui a des applications très pratiques ;

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président : Monsieur le Professeur L. ROCHE

Assesseurs : Monsieur le Professeur J.J. VIALA

Monsieur le Professeur J. MOTIN

Monsieur le Professeur Agrégé J. VEDRINNE

Monsieur le Docteur R. DUCLUZEAU

Monsieur le Professeur ROCHE : qui nous a fait l'honneur de nous confier ce travail et de nous en avoir confié la direction ;

Monsieur le Professeur VIALA : qui nous a fait l'honneur de nous accueillir parmi ses élèves ;

AVANT-PROPOS

A une époque où l'aspect psychologique et juridique de l'urgence médicale ne cesse d'être remis en cause, il nous paraît souhaitable de la définir. Il s'agit d'un acte médical :

- qui ne peut être différé,
- qui correspond à des soins intensifs ou semi-intensifs,
- qui nécessite une hospitalisation en raison des examens et des soins utiles au diagnostic et au traitement. Ceux-ci ne peuvent pas être fait à domicile. (Problème de surveillance),
- qui nécessite une hospitalisation en raison des examens et des soins utiles au diagnostic et au traitement. Ceux-ci ne peuvent pas être fait à domicile. (Problème de surveillance),
- qui est mis en cause par l'apparition brutale d'une pathologie nouvelle.

En fait, trois notions peuvent alors être étudiées :

- l'urgence "vraie", répondant aux quatre critères définis ci-dessus ;
- l'urgence "potentielle", correspondant aux malades dont l'état nécessitera dans un délai plus ou moins proche les soins intensifs de l'urgence médicale ;
- la "fausse" urgence où se trouvent, par évidence même, les problèmes de placement mais aussi les cas où les examens biologiques ou autres ont infirmé le diagnostic d'entrée ;
- l'étude de l'activité du service d'urgence médicale de Lyon semble être le reflet exact de la réalité étant donné l'importance de l'échantillonnage utilisé puisqu'une population de 13.695 sujets a été hospitalisée au cours de l'année 1975 dans le pavillon N.

En qualité d'externe à orientation psychiatrique et somatique, nous avons eu la chance, pendant un an, d'être confronté à l'urgence médicale, sous l'enseignement très riche de nos Maîtres et Juges :

- Monsieur le Professeur ROCHE : qui nous a fait l'honneur de nous confier ce travail et de présider notre jury de thèse. Nous le prions de trouver ici le témoignage sincère de notre admiration, et, de notre respectueuse reconnaissance.

- Monsieur le Professeur VIALA : qui nous a fait l'honneur de nous accueillir parmi ses élèves. Nous l'assurons de notre profonde gratitude et de notre respectueux dévouement.

- Monsieur le Professeur MOTIN : qui a bien voulu être notre juge. Nous sollicitons son indulgence, nous le prions de croire à notre profond respect.

- Monsieur le Professeur Agrégé VEDRINNE : qui a su guider notre premier contact avec le domaine psychiatrique, qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre vive gratitude.

- Monsieur le Docteur DUCLUZEAU. Nous avons apprécié l'amabilité de son accueil, nous lui devons de juger ce travail et lui exprimons nos sincères remerciements.

- Nous exprimons notre vive reconnaissance à Messieurs les Docteurs PRUDHOMME et VERNON qui ont participé activement à la formation de ce document avec dévouement.

- Nous remercions les Services Informatiques des Hospices Civils de LYON, et, en particulier, Monsieur BIRON, Analyste - Programmeur, qui, par ses connaissances, son travail, mais aussi son dévouement, nous a permis de rassembler et de comprendre les éléments informatiques.

INTRODUCTION

Le Département d'urgence médicale de LYON est intégré dans le cadre des services d'urgence de l'Hôpital Edouard HERRIOT qui comprend :

- Un service d'Accueil : Porte du pavillon A, où toute demande médicale ou chirurgicale peut être prise en charge. A ce niveau, une équipe de médecins s'occupe d'orienter le malade en fonction de sa pathologie.

- Soit vers des soins de petite chirurgie rapides qui ne nécessitent pas une hospitalisation, permettant ainsi au malade de retourner chez lui, le jour même ;

- Soit vers l'urgence médicale - Pavillon N qui a enregistré en 1975 13695 * entrées.

- Soit vers l'urgence chirurgicale.

- Pavillon A : en ce qui concerne la chirurgie viscérale représentant 6780 * entrées.

- Pavillon F : chirurgie traumatique et orthopédique correspondant à 8466 * hospitalisations.

- Soit vers des urgences très spécialisées. (Pédiatrie - Pavillon S, Maternité - Pavillon K, O.R.L. - Pavillon U, Ophtalmologie - Pavillon C) totalisant 4129 entrées*.

L'ensemble des entrées forme aussi une population de 33.070 malades en 1975.

I - PRESENTATION DES SERVICES

1 - Service de Porte

Ce service est composé, d'un guichet mis à la disposition des hôtessees chargées, de renseigner les malades ou les visiteurs, et du personnel administratif chargé des formalités d'hospitalisation, de trois salles d'examen, d'une salle de radioscopie, et du Bureau de la Cheftaine chargée des mutations.

* Chiffre relevé sur le compte-rendu annuel du HEEH - Année 1975.

Cette organisation peut, à tout moment, accueillir les malades arrivant :

- Soit par le S.A.M.U. (Service d'Aide Médicale d'Urgence).
- Soit par un service public (pompiers ou police-secours).
- Soit par un service ambulancier.
- Soit par leurs propres moyens.

2 - Trajet du malade

Ce dernier est alors examiné dans l'une des trois salles d'examen du service de porte, par un externe ou un stagiaire interne, qui peuvent faire appel, lorsqu'il existe un doute quelconque sur une orientation, à un médecin spécialisé en toxicologie, réanimation, psychiatrie ou médecine somatique.

Après cet examen, le malade peut :

- Soit repartir avec un traitement simple ou accompagné d'un rendez-vous pour une consultation (4943 sujets selon HEH) auprès d'un médecin du service ou d'un autre pavillon.
- Soit dirigé vers un autre établissement (563 cas).
- Soit être hospitalisé dans l'un des trois offices (13695 cas)

Suivant sa pathologie le malade sera dirigé plutôt vers N₁ s'il s'agit d'une intoxication, plutôt vers N₃ pour un problème neurologique, vers la réanimation en ce qui concerne les cas graves. Les autres cas psychiatriques sont distribués à part égale dans les deux offices N₁ et N₃.

Une fois hospitalisé, le malade reçoit les premiers soins d'urgence, puis, est interrogé et examiné par un externe qui rédige une observation, comportant : les antécédents familiaux et personnels, l'anamnèse, la symptomatologie, les examens biologiques. (Numération-formule, vitesse de sédimentation, ionogramme, transaminases, gaz du sang etc...). Electrocardiogrammes, le diagnostic et le traitement d'urgence.

Le lendemain une équipe médicale du matin étudie l'organicité de l'affection, et, peut compléter le bilan demandé en urgence. Pour toutes les intoxications volontaires et les problèmes psychiatriques une équipe psychiatrique formée de médecins, infirmiers, psychologues, est consultée afin d'émettre son avis et si besoin, de prendre en charge le malade.

En moins de 48 heures, un bilan toxicologique, psychiatrique et somatique, du malade est établi, un tel travail nécessite une structure très particulière du service médical d'urgence, et, une collaboration très étroite entre les différentes équipes toxicologique, psychiatrique et somatique.

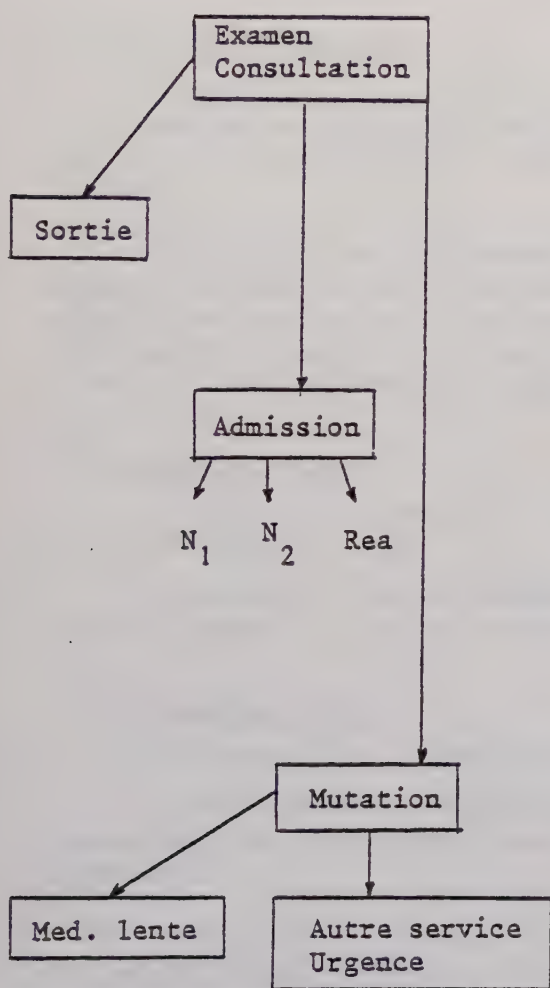
Le service du matin est assuré par des médecins permanents, des internes et des externes. Le personnel paramédical travaille de 6 h 30 à 14 h 50.

Le système de garde commence à 13 heures pour les internes et les externes, il finit le lendemain à 9 h. Une deuxième équipe paramédicale travaille de 13 h 30 à 21 h 30, une équipe de nuit prend le relai de 21 h 15 à 6 h 45.

Service de Porte

Accueil

Service de jour
avant 17 heures



Service de nuit
après 17 heures

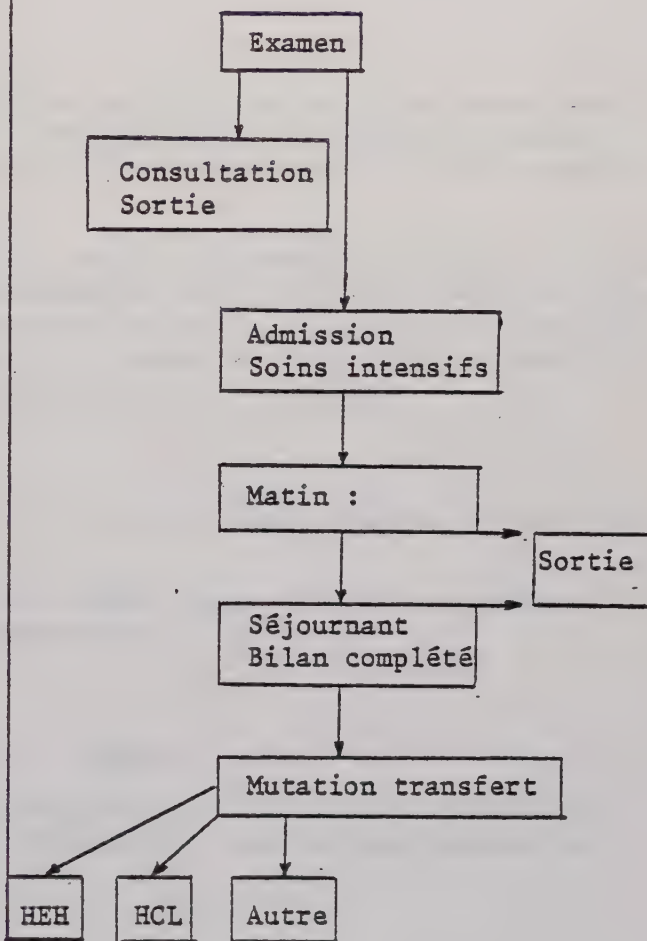


Schéma du trajet d'un malade
arrivant à N

3 - Les services d'hospitalisations

Le pavillon N est composé de quatre niveaux :

a) Sous sol :

Se trouvent : le service de réanimation du Pr. MOTIN, avec 10 lits mixtes et un bloc de réanimation.

- le service de consultations médico-légales, psychiatriques et d'interruption volontaire de grossesse.

- le centre de toxicologie - Pr. ROCHE, Dr VINCENT.

- le service de radiologie, d'électroencéphalographie Pr. FOURNIER.

b) Au rez de chaussée :

- L'office N₂ - de médecine lente qui ne fait pas partie de cette étude. Il travaille en collaboration étroite avec N₁ et N₃, et permet en particulier d'effectuer des bilans plus complets ou de continuer des soins psychiatriques.

- L'office N₁ du Professeur ROCHE - Professeur VEDRINNE, composé de 16 lits hommes, 20 lits femmes, 9 lits de réanimation médicale où la surveillance des malades est accrue par l'ampleur des moyens mis à la disposition du personnel. (ECG, ventilation assistée, électrochocs...), enfin de deux chambres avec vitres et portes blindées sont réservées aux agitations aiguës.

c) Au premier étage :

- L'office N₄ de médecine lente à orientation hématologique, dirigée par le Pr. VIALA.

- L'office N₃ - du Pr. BOURRAT, Pr. VIALA, composé de 16 lits hommes, 20 lits femmes, 9 lits de petite réanimation.

d) Au deuxième étage :

- Le laboratoire d'hématologie, Pr. GERMAIN.

- Les services de consultations, cardiologique - neurologie (Pr. BRUN). Pneumologie et radioimmunologie (Pr. TOURNIAIRE) destinés aux malades hospitalisés.

4 - Le personnel médical

a) Service de réanimation - Pr. MOTIN - comprend :

- 1 chef de service Pr MOTIN
- 1 chef de service adjoint Pr. BOULETREAU
- 2 assistants Dr PETIT et Dr AUBOYER
- 8 externes du matin
- 10 externes semi-permanents
- 26 infirmières
- 10 aides soignantes
- 9 assistantes hospitalières
- 3 veilleuses
- 1 cheftaine

Le caisson d'oxygénothérapie :

- 1 kinésithérapeute
- 1 infirmier de bloc
- 2 garçons de bloc

b) Service N₁ du Pr. ROCHE - Pr. VEDRINNE

Service du matin :

Equipe médicale somatique : Pr. ROCHE

- 1 chef de service adjoint, hors CHU. Dr DUCLUZEAU.
- 1 assistant Dr DIDAY
- 1 interne
- 6 externes

Equipe médicale psychiatrique : Pr. VEDRINNE - Pr. COLIN

- 2 médecins attaches : Dr GONIN - Dr MALTAVERNE
- 1 assistant chef de clinique : Dr QUENARD
- 2 internes.

Equipe médicale de toxicologique :

- 3 assistants à temps partiels : Dr BARRAL, Dr ROUZIUX, Dr FRANZ

Psychologues :

Madame BUFFARD et Monsieur WEBER

Service de la D.A.S.S. :

- 3 éducateurs : Mademoiselle SIMON et Messieurs ABOUT et TILLOL
- 1 assistante sociale : Mme LOPEZ

Service de garde :

Equipe médicale somatique :

- 3 internes de garde faisant une nuit sur trois
- 30 externes de garde
- 1 médecin de garde pour l'ensemble de N.

Equipe médicale psychiatrique :

- 1 médecin de garde

Commun aux équipes médicales le personnel paramédicale est formé de :

- 2 surveillantes
- 18 infirmières, dont 4 infirmières psychiatriques
- 6 aides soignantes
- 12 assistantes hospitalières
- 3 veilleuses
- 3 aides hôtelières.

c) Service N₃ Pr. BOURRAT - Pr. VIALA

Equipe médicale somatique :

- 2 attachés somatiques : Dr CLAVE, Dr CHALUMEAU (neurologie)
- 4 internes
- 2 stagiaires internes
- 30 externes de garde
- 4 externes du matin

Equipe médicale psychiatrique :

- 3 attachés : Dr REYSS BRION, Dr BARLET, Dr COCHE
- 1 interne
- 1 stagiaire interne
- 1 externe

Service sociale :

- 1 assistante sociale

Personnel paramédical

- 1 surveillante
- 16 infirmières
- 6 aides soignantes
- 12 ASH
- 3 veilleuses
- 3 aides hôtelières
- 2 surveillantes chefs pour l'ensemble du pavillon N : Mmes BIZEL, THEVENET
- 1 cheftaine des mutations, pour l'ensemble du pavillon N : Mme ROMATIFF.

II - MODALITE DU TRAVAIL

1 - Documentation :

La base de cette documentation est constituée par un dossier administratif complétée des renseignements médicaux.

Le dossier administratif renseigne sur l'état civil des malades (nom, âge, sexe, nationalité, situation de famille, adresse ou pays d'origine, heures, jours et mois d'admission, mode d'entrée, mode de sortie)... Tous ces renseignements sont codés, et, peuvent être ainsi utilisés directement par le service informatique des Hospices Civils de Lyon. Chacun de ces dossiers comporte un numéro de code (matricule du malade).

A partir du dossier médical, un médecin en fait correspondre à chaque malade le diagnostic au premier jour. D'autre part il a fallu également préciser :

- dans le cadre de l'entrée normale, l'établissement d'origine lorsque le malade ne vient pas de son domicile mais d'un autre hôpital hors HCL.
- dans celui de la sortie normale, établissement destinataire (différent d'un établissement HCL) lorsque le malade ne rentre pas directement chez lui.

Cette méthode de travail a posé un problème d'anonymat et de secret médical qui ont été résolus au service informatique des HCL en rapportant les renseignements médicaux au numéro de matricule du malade sur l'ordinateur.

Une liste portait le nom du malade, le code immatricule et le diagnostic, la partie état civil a été détachée, il restait le code et les renseignements médicaux et autres. Ces fiches ont été détruites aussitôt après l'étude.

2 - Définitions

Il est bon de rappeler la définition, d'un certain nombre de termes avant d'énoncer la liste des questions posées.

- Entrées normale : malade qui ne vient pas d'un établissement HCL (vient de chez lui ou d'un autre établissement).
- Mutation : mouvement d'un malade à l'intérieur de l'Hôpital E. Herriot.
- Transfert : mouvement d'un malade entre HEH et un autre hôpital Civil de Lyon.
- Décharge simple : malade refusant toute hospitalisation contre avis médical.
- Sortie simple : malade retournant à son domicile, ou, envoyé dans un autre établissement hors HCL.
- Non séjourné : malade séjournant dans le service pour une durée inférieure à 1 jour (mais dont l'hospitalisation a été facturée.)
- Sortie inconnue : malade dont le mode de sortie n'a pas été retrouvé.
- Département d'origine : le département du domicile du malade

3 - Liste des questions posées

Au niveau de l'ensemble du pavillon N

- Etude de l'état civil des malades : sexe, âge, situation de famille, nationalité, département d'origine.
- Admission des malades sans distinction de pathologie selon l'heure, le jour et le mois.
- Etude des admissions en fonction du diagnostic et par office.
- Pour les principaux diagnostics (tentatives de suicide, intoxications diverses, psychiatrie et problèmes somatiques). Etat civil des malades, leur admission en fonction du jour et du mois, la durée de séjour, et leur mode de sortie.
- Le mode de sortie pour l'ensemble des malades hospitalisés à N sans distinction de diagnostic.

Au niveau de l'office 1

- L'état civil général des malades.

- L'étude pour les intoxications, les problèmes psychiatriques et les principaux diagnostics organiques de, l'état civil des malades, leur mode d'admission, leur mode de sortie.

Au niveau de l'office 3

- L'état civil des malades.

- La répartition des diagnostics.

- Leur mode d'admission.

- Leur mode de sortie.

Au niveau de l'office de réanimation

- L'état civil des malades.

- La répartition des diagnostics.

- Leur mode d'admission.

- La durée du séjour.

- Le mode de sortie.

FONCTIONNEMENT DU PAVILLON

D'URGENCE MEDICAL

D'après le compte rendu annuel de HEH, le nombre d'entrées en urgence se répartit de la manière suivante :

Urgence viscérale	:	Pav. A	6780	admissions
Urgence orthopédique:		Pav. F	8466	admissions
Urgence médicale	:	Pav. N ₁	6944	admissions
		Pav. N ₃	5961	admissions
		Réanimation	790	admissions
Urgence spécialisée pédiatrie, maternité ORL, ophtalmologie			4129	admissions
soit total			33070	admissions

L'échantillonnage étudié au pavillon N correspond à 13086 malades. La différence entre le chiffre du compte-rendu annuel et celui de l'informatique est dû à l'impossibilité d'interpréter par l'ordinateur certains dossiers parce que mal codé. Cette différence de 500 malades soit 3,7 % des admissions à N n'influe pas de façon significative étant donné l'importance de l'échantillon.

Donc au cours de l'année 1975, le pavillon N a reçu selon l'informatique 13086 malades dont 6504 hommes et 6582 femmes. Ces malades ont été répartis de la façon suivante au niveau des trois offices :

- office N₁ 6568 soit 50,20 %
- office N₃ 5791 soit 44,25 %
- N réanimation 727 soit 5,55 %.

I - ETAT CIVIL DES MALADES

1 - Sexe

Le nombre de femmes 6582 (50,29 %) est sensiblement égal au nombre d'hommes 6504 (49,71 %).

	Pr. ROCHE Pr. VEDRINNE	Pr. MOTIN Pr. BOULETREAU	Pr. VIALA Pr. BOURRAT	Totaux
masculin	3202	379	2923	6504 = 49,71 %
féminin	3366	348	2868	6582 = 50,29 %
totaux	6568	727	5791	13086

2 - Age

L'âge moyen des services du Pr. ROCHE et MOTIN est voisin de 45 ans, alors que l'âge moyen s'élève à 57 ans chez le Pr. BOURRAT, ce fait peut s'expliquer par la spécialisation des services. Le pavillon N₃ reçoit la plupart des AVC dont l'âge moyen de survenu est de 72 ans.

	Pr. ROCHE Pr. VEDRINNE	Pr. MOTIN Pr. BOULETREAU	Pr. VIALA Pr. BOURRAT
âge moyen	45,10	44,65	57,21
minimum	13,16	5,68	14,57
maximum	97,08	89,82	101,82

D'autre part les enfants sont en général hospitalisés au pavillon S (service de pédiatrie). Le pavillon N n'accepte que les sujets de plus de 15 ans. De ce fait, l'âge moyen des différentes pathologies serait inexploitable.

3 - Situation de famille

	Pr. ROCHE Pr. VEDRINNE	Pr. MOTIN Pr. BOULETREAU	Pr. VIALA Pr. BOURRAT	Totaux
enfant	20	8	10	38
célibataire	2098	209	1277	3584
marié	2760	383	2529	5672
veuf	944	63	1469	2476
séparé	254	23	135	412
divorcé	379	31	289	699
vivant maritalement	112	9	81	202
Totaux	6567	726	5790	13083

Ces chiffres globaux révèlent que 45 % (5874) des malades sont mariés ou vivent maritalement, 27 % (2476) sont veufs, 9 % sont séparés ou divorcés.

Dans l'office N₃, on constate un pourcentage légèrement supérieur à la moyenne des sujets veufs (25 %), ce qui peut s'expliquer par l'âge plus avancé des malades hospitalisés dans cet office, (âge moyen, 57 ans au lieu de 45 ans pour les autres services de N). L'essentiel de la pathologie neurologique (AVC...) est en effet dirigé par N₃.

Au niveau de l'office N₁ on remarque que 32 % des sujets sont célibataires. Les intoxications volontaires et les problèmes psychiatriques sont les problèmes de sujets jeunes. (Age approximatif : 30 ans). De ce fait, s'explique facilement la proportion un peu supérieure à la moyenne de gens célibataires.

Par ailleurs, les proportions moyennes sont respectées.

4 - Nationalité

	Pr. ROCHE Pr. VEDRINNE	Pr. MOTIN Pr. BOULETREAU	Pr. VIALA Pr. BOURRAT	Totaux
Française	5603	671	4893	11167
Etrangère	964	54	897	1915
Totaux	6567	725	5790	13082

85 % des sujets hospitalisés sont de nationalité française.

5 - Départements d'origine

Ce paragraphe permet de constater que les principaux départements qui adressent les malades sont des départements limitrophes (95 %) ou de la région Rhône-Alpes.

Départements limitrophes

Rhône	11219	soit	86,21 %
Ain	383	soit	2,94 %
Isère	542	soit	4,16 %
Loire	189	soit	1,45 %
Totaux	12333		94,76 %

Région Rhône-Alpes

Ardèche	64	soit	0,49 %
Drôme	64	soit	0,49 %
Savoie	24	soit	0,18 %
Haute Savoie	83	soit	0,25 %
Totaux	235		1,41 %

Etranger : 53 soit 0,40 % seulement.

II - ADMISSION DES MALADES DANS LES DIFFERENTS SERVICES

I - En fonction des heures

heures d'admission	Pr. ROCHE Pr. VEDRINNE	Pr. MOTIN Pr. BOULETREAU	Pr. VIALA Br. BOURRAT	Totaux
de 0 à 1 h	155	16	101	272
de 1 à 2 h	141	14	106	261
de 2 à 3 h	110	16	69	195
de 3 à 4 h	94	17	65	176
de 4 à 5 h	60	14	58	132
de 5 à 6 h	56	9	60	125
de 6 à 7 h	55	11	49	115
de 7 à 8 h	48	8	40	96
de 8 à 9 h	89	19	98	206
de 9 à 10 h	130	19	95	244
de 10 à 11 h	208	28	152	388
de 11 à 12 h	264	32	258	554
de 12 à 13 h	277	35	262	574
de 13 à 14 h	273	46	249	568
de 14 à 15 h	325	33	264	622
de 15 à 16 h	367	36	369	772
de 16 à 17 h	405	47	429	881
de 17 à 18 h	576	40	642	1258
de 18 à 19 h	552	39	581	1172
de 19 à 20 h	638	41	511	1190
de 20 à 21 h	597	61	440	1098
de 21 à 22 h	397	39	305	741
de 22 à 23 h	386	39	272	697
de 23 à 24 h	347	46	259	652
Totaux	6550	705	5734	12989

Les statistiques montrent :

- L'importance des admissions de 17 à 22 h, soit 5459 entrées pour l'ensemble de N soit 42 %.

- de 22 h à 3 heures : 2077 entrées soit 16 %

- de 3 h à 8 heures : 644 entrées soit 5 %

L'ensemble de la garde de 17 h à 8 h reçoit donc 7985 sujets soit 61,5 % des admissions.

Ces chiffres soulignent l'heure d'ouverture du pavillon d'urgence médicale à 17 heures. Cependant 4809 malades arrivent au service de jour soit 37 % des sujets.

Le service de réanimation paraît échapper un peu à la règle avec :

- 295 entrées de 8 h à 17 h soit 41,8 %
- 220 entrées de 17 h à 22 h soit 31,2 %
- 131 entrées de 22 h à 3 h soit 18,5 %
- 59 entrées de 3 h à 8 h soit 8,4 %

C'est à dire 58,1 % des malades arrivent pendant la nuit.

Ces statistiques soulignent combien il est difficile pour un service d'urgence médicale de conserver des lits libres puisque 38 % des admissions se font le jour. Les malades arrivent à tous moments, il est donc important de muter ou de faire sortir les malades, selon leur état, mais le plus rapidement possible. Ce qui n'est pas envisageable pour des états gravissimes comme les comas du service de réanimation, où les AVC qui sont difficilement acceptés par les services de médecine.

2 - Admission des malades dans les différents services d'urgence médicale selon le jour

	N ₁	N _{Rea}	N ₃	Totaux	
Lundi	989	108	919	2016	15,4 %
Mardi	976	98	836	1910	14,59 %
Mercredi	968	98	846	1912	14,61 %
Jeudi	961	102	793	1856	14,18 %
Vendredi	905	104	815	1824	13,93 %
Samedi	946	111	862	1919	14,66 %
Dimanche	823	106	720	1649	12,60 %
Totaux	6568	727	5761	13086	

La base de l'étude étant la moyenne journalière en pourcentage, c'est à dire $100 : 7 = 14,28 \%$, le dimanche est très inférieur 12,60 % à cette moyenne, mais par ailleurs, le lundi la dépasse très fortement avec 15,4 %.

Le pourcentage semble baisser progressivement du lundi au jeudi : 15,4 %, 14,60 %, 14,61 %, 14,18 %, 13,93 %.

Le samedi reste supérieur à la moyenne avec 14,66 %.

L'importance des hospitalisations du lundi peut s'expliquer par le contact du suicidant (le plus souvent une femme dont le mari est parti au travail et les enfants sont à l'école) avec la monotonie de la vie quotidienne. Mais aussi par une fatigue physique ou psychique intense que révèle la re-

prise du travail. Par ailleurs certains attendent le lundi pour se faire soigner.

La part importante du samedi peut exprimer l'anomie du secteur privé, et l'anxiété des malades qui ont peur de ne pas trouver de médecin, mais aussi du médecin traitant qui craint de confier un malade à la surveillance du profane. Cependant, il ne semble pas rare de voir arriver des personnes âgées amenées par leur famille la veille d'un week-end ou de départ en vacances.

Nous avons alors à résoudre un placement d'une personne invalide.

3 - Admissions des malades dans les différents services d'urgence médicale selon le mois

Pour l'interprétation des résultats, il sera bon de se souvenir d'inégalité en jours des mois, en particulier pour le mois de février.

	N ₁	N _{Rea}	N ₃	Totaux	Pour l'ensemble de N moyenne journalière
Janvier	643	778	559	1280	41,3 %
Février	540	61	443	1044	37,3 %
Mars	629	75	523	1227	39,6 %
Avril	578	56	498	1132	37,7 %
Mai	574	70	528	1172	37,8 %
Juin	536	53	503	1092	36,4 %
Juillet	515	58	453	1026	33,1
Août	397	42	333	772	24,9 %
Septembre	496	41	472	1009	33,6 %
Octobre	562	42	492	1127	36,3 %
Novembre	529	67	496	1092	36,4 %
Décembre	569	54	490	1113	35,9 %
Totaux	6568	727	5791	13086	
Chiffre moyen mensuel	547	61	482	1090	

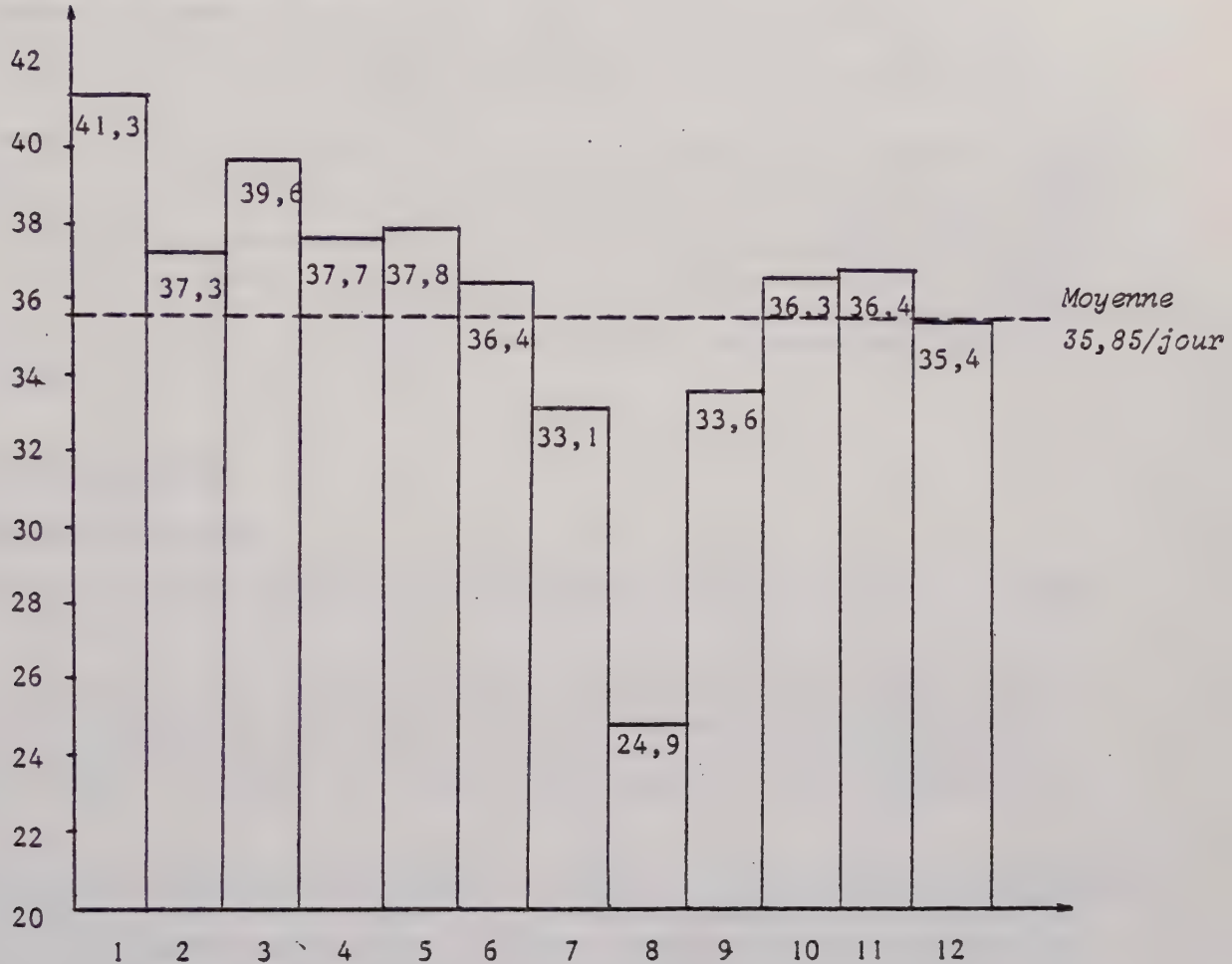
De ce tableau, ressort une baisse très nette des entrées pendant le mois d'août, dont le chiffre (772) est très inférieur à la moyenne mensuelle (1090).

Les mois les plus chargés sont janvier (1280), mars (1227), avril (1132), mai (1172), octobre (1127) et décembre (1113).

Ces constatations expriment l'importance du phénomène migratoire pendant le mois d'août d'une part, et la place des vieillards, des intoxications par le chauffage et des alcooliques en décembre, janvier, mars, avril.

Ces remarques ont été faites pour les chiffres globaux des trois services, mais restent valables pour chacun des trois services d'urgences médicales.

Nombre de malades par jour



MOYENNE JOURNALIERE D'ADMISSIONS

AU SERVICE D'URGENCES MEDICALES SELON LE MOIS

Ce phénomène migratoire paraît encore plus net sur le diagramme ci-dessus. Il exprime le nombre de malades hospitalisés en moyenne à N par mois. Juillet, août, septembre sont creux, alors que le mois de janvier est très important.

4 - Problème des mutations

Une surveillante responsable des mutations des différents offices, du pavillon N contacte entre 6 h 30 et 14 heures, les différents services des hôpitaux Lyonnais ou de la région, (Villefranche, Bourgoin, St Etienne...), les cliniques à la demande des malades ou des familles, pour muter suivant des disciplines ou spécialités (gastroentérologie, neurologie, infectieux etc...), les malades entrés en urgence pendant les 24 heures précédentes.

Le nombre de malades à muter varie de 20 à 45 suivant les périodes. Chacun des offices 1 et 3 comptent 36 lits mixtes auxquels s'ajoutent 9 lits de petite réanimation, et, doivent, afin de répondre à toute demande d'hospitalisation, maintenir un certain nombre de lits libres. Ce problème est trop souvent difficile à résoudre. D'autant plus difficile que le service d'urgence médicale reçoit 62 % de ses admissions la nuit mais qu'il admet les 32 % autres en période de mutation c'est à dire le jour. Ce problème est grave, et, le rôle des cheftaines est alors primordiale.

III - ETUDE ETIOLOGIQUE

1 - Réflexions générales

L'étude étiologique englobe une cinquantaine de diagnostics fait au premier jour.

- Le rôle de la toxicologie est primordiale puisque 26,7 % soit 3474 sujets ont été hospitalisés pour des problèmes toxiques divers : tentative de suicide 2472 cas, intoxication accidentelle 78 cas, thérapeutique 41 cas, alimentaire 46 cas, à l'oxyde de carbone - toxicomanies 93 cas, ivresses et DT 404 cas.

- Les malades psychiatriques traités en urgence correspondent à 1323 cas soit 10,1 % des sujets hospitalisés. La psychiatrie semble sous estimée. En effet, tous les malades entrant pour tentative de suicide et ivresse sont vus par l'équipe psychiatrique. De ce fait, il est possible d'ajouter ces deux types d'intoxication amenant à 4276 malades consultant psychiatriques.

- Enfin, l'ensemble des malades somatiques comprend 8245 cas, soit 63 % du total des sujets arrivant à N.

La neurologie occupe une place importante avec 2347 sujets soit 18 %. (A.V.C. 790 cas, malaises, vertiges 655 cas, autres problèmes neurologiques 435, épilepsie 342, coma 125).

La pathologie cardiaque vient ensuite avec 1264 cas soit 9,8 % de l'ensemble des malades hospitalisé Parmi ces 1264 cas 39 cas d'arrêt cardio respiratoires sont notés, puis viennent :

La pathologie pulmonaire avec	738 sujets (soit 6 %)
La pathologie rénale avec	382 sujets (soit 3 %)
La pathologie endocrinienne avec	121 sujets (soit 1 %)
La pathologie rhumatismale avec	114 sujets (soit 0,9 %)
La pathologie diverse	représente environ 12 %.

- A noter l'importance des cas sociaux avec 630 sujets soit 5 % des malades hospitalisés à N urgence médicale.

	Pr. ROCHE Pr. VEDRINNE	Pr. MOTIN Pr. BOULETREAU	Pr. BOURRAT Pr. VIALA	TOTAUX
1 - Tentative de suicide	2079	287	106	2472
2 - Intox. - Accidentelle	65	7	6	78
3 - Accid. Therapeutique	35	4	2	41
4 - Intox. Alimentaire	37	0	9	46
5 - Intox. CO	236	11	68	315
6 - Toxicomanie	76	1	16	93
7 - Autres intoxications	21	2	2	25
8 - Agitation aigue	106	0	84	190
9 - Ivresse - DT	232	1	171	404
10 - Etat dépressif	135	0	179	314
11 - Autres manif. psych.	216	0	294	510
12 - Etat confusionnel	37	0	69	106
13 - Hystérie	42	0	39	81
14 - Délire	46	0	43	89
15 - Crise d'angoisse	13	0	4	17
16 - Misère physiologique	60	2	147	209
17 - Stérilité	94	0	12	106
18 - Noyade, pendaison	35	13	16	64
19 - Comport. anormaux	6	0	10	16
20 - Cas sociaux	41	0	182	223
21 - Autres sociopathies	10	0	2	12
22 - Malaises - Vertiges	232	6	417	655
23 - Epilepsie - Convulsion	153	4	185	342
24 - AVC	136	6	648	790
25 - Coma	50	20	55	125
26 - Autres neurologie	118	13	304	435
27 - Cancers avancés	54	7	57	118
28 - Grippe	13	4	16	33
29 - Diabète	81	6	8	95
30 - Hématémèse	413	1	67	481
31 - Digestif	200	16	264	480
32 - Epistaxis	7	1	8	16
33 - Coliques néphrétiques	50	0	69	119
34 - Appareil rénal	82	19	162	263
35 - Cardiovasculaire	480	67	678	1225
36 - Arrêt cardioresp.	13	26	0	39
37 - Infection	104	20	63	187
38 - Hépatite	18	8	7	33
39 - Pneumo	298	40	400	738
40 - Dermato-urticaire	34	4	40	78
41 - Gynéco obstétrique	12	6	0	18
42 - Hématologie	38	12	66	116
43 - Rhumatologie	59	0	55	114
44 - Endocrinologie	25	2	94	121
45 - Lésion traumatique	47	17	15	79
46 - Gangrène	1	10	0	11
47 - Affect. chirurgi.	13	60	0	73
48 - Autres médicaux	65	4	284	353
49 - Divers	39	1	22	62
50 - Pas diagnostic	100	11	305	416
Totaux	6557	719	5750	13026

2 - Tendance à la spécialisation des offices 1 et 3

Par ailleurs, l'étude par diagnostic montre une distribution par service de la façon suivante :

a) Intoxications : de toute sorte. (TS. alimentaire, accident, thérapeutique, ivresse, DT, etc...)

- Service N₁ Pr. ROCHE, Pr. VEDRINNE 2781 entrées soit 83 % des intoxications
- Service de Rea Pr. MOTIN 313 entrées soit 9,3 % des intoxications
- Service N₃ Pr. BOURRAT, Pr. VIALA 380 entrées soit 11,2 % des intoxications.

L'ensemble correspond à 3384 sujets.

b) Phénomènes psychiatriques

N ₁	601 cas	soit 45,4 %
N _{Rea}	0 "	soit 0 %
N ₃	722 "	soit 54,6 %
	1323 cas	

c) Neurologie

N ₁	689 cas	soit 29,34 %
N _{Rea}	49 "	soit 2,1 %
N ₃	1609 "	soit 68,6 %
	2347 cas	

d) Hématémèses

N ₁	413 cas	soit 85,9 %
N _{Rea}	1 "	soit 0,2 %
N ₃	67 "	soit 13,9 %
	481	

e) Digestif

N ₁	200 cas	soit 41,7 %
N _{Rea}	16 "	soit 3,3 %
N ₃	264 "	soit 55 %
	480	

f) Cardio-vasculaire

N ₁	493 cas	soit 39 %
N _{Rea}	93 "	soit 7,4 %
N ₃	678 "	soit 53,6 %
	1264	

g) Pneumologie

N ₁	298 cas soit 40,4 %
N _{Rea}	40 " soit 5,4 %
N ₃	400 " soit 54,2 %
	738

h) Cas sociaux

N ₁	111 cas soit 25 %
N _{Rea}	2 " soit 0,5 %
N ₃	331 " soit 74,5 %
	444

La comparaison des entrées de l'office 1 avec celles de l'office 3, semble démontrer une tendance à la spécialisation de :

- l'office 1 pour les intoxications (83 % des entrées)
les hématomes (85,9 % des entrées)
- l'office 3 pour la neurologie (68,6 % des entrées)
les cas sociaux (74,5 % des entrées)
- les autres admissions psychiatriques, cardiaques, digestives ou pulmonaires, sont sensiblement supérieures à l'office 3.

IV - ETUDE DETAILLEE DES PRINCIPAUX DIAGNOSTICS

Dans un but de clareté, seuls les principaux diagnostics ont été envisagés, ce sont :

- Les tentatives de suicides (TS*)
- Les intoxications à l'oxyde de carbone (CO*)
- Les toxicomanies (TM*)
- Les ivresses et délirium tremens (DT*)
- Les états dépressifs (Dep*)
- Les manifestations psychiatriques autres que les tentatives de suicides - toxicomanie etc... (psy*)
- Les états confusionnels (Conf.*)
- Les accidents vasculaires cérébraux (AVC*)
- La pathologie cardio-vasculaire (CV*)
- La pathologie digestive (Dig.*)
- La pneumologie (Pneu*)

- La pathologie neurologique parmi laquelle entre : les malaises - vertiges ; les convulsions ; épilepsie ; les comas ; et toutes autres manifestations (Neuro*)
- Les hémorragies digestives (HD*)
- Les cas sociaux divers ont été regroupés (Sociop)

* Abréviations utilisées dans les tableaux.

L'ensemble de ces diagnostics forment une population de 10115 sujets représentant 78 % de l'échantillonnage étudié à N, pour chacun de ces diagnostics vont être étudiés : l'état civil, l'admission selon l'heure, le jour et le mois ainsi que le mode de sortie.

1 - Etat civil des malades : (Voir tableaux pages suivantes)

a) Le sexe

Le nombre de femmes est sensiblement égal à celui des hommes pour tous les diagnostics sauf dans les cas suivants :

Les tentatives de suicides sont réalisées en majorité par des femmes 67,8 %. Alors que les ivresses - *délirium tremens* et les toxicomanies restent le domaine des hommes avec des pourcentages respectifs de 78 % et 69 %. Les hématomes qui ne sont souvent que l'aboutissement d'un éthylisme chronique sont formées de 69 % de sujets masculins.

b) L'âge

L'étude de l'âge des patients a permis de distinguer essentiellement quatre éléments :

- Les problèmes psychiatriques, quelques soient leurs manifestations. (Tentatives de suicide, toxicomanies, ivresses, dépressions ou autres) surviennent chez le sujet jeune, comme le prouve d'une part l'étude de la répartition des malades par tranche d'âge, et d'autre part l'étude de l'âge moyen des affections :

	TS	CO	TM	DT	Dep	Psy	Conf	AVC	CV	Dig	Pneu
Age moyen	31,76	38,64	25,86	44,27	39,29	36,6	62,2	73,16	67,17	55,06	60,87
Valeur minimale	13,80	14,13	16,43	15,32	13,37	14,47	16,40	21,81	16,19	9,63	14,86
Maximale	88,16	90,47	66,89	86,19	88,31	90,96	95,7	97,61	98,02	95,13	94,36
Effectif	2472	315	93	404	314	510	106	790	1225	480	738

I - Etat civil des malades

Sexe	TS	CO	TM	DT	Dep	Psy	Conf	AVC	CV	Dig	Pneu	Neuro	HD	Sociop
Hommes	801	148	65	313	147	250	55	336	589	253	431	881	331	250
Femmes	1671	167	28	91	167	260	51	454	636	227	307	676	150	380
Totaux	2472	315	93	404	314	510	106	790	1225	480	738	1557	481	630

Situation famille	Enfants	Celibataires	Mariés	Veufs	Séparés	Divorcés	Viv. maritalement	Seuls
	7	1021	1022	89	144	137	52	1391
	6	95	152	24	8	10	20	137
	0	73	13	1	3	1	2	78
	0	173	143	44	13	26	4	256
	1	92	139	37	19	19	7	167
	3	246	157	41	20	36	7	343
	0	15	43	36	5	7	0	63
	0	69	349	342	8	18	4	437
	1	135	559	426	27	67	10	655
	1	89	235	108	10	32	5	239
	0	156	325	189	18	39	11	409
	6	413	655	312	47	93	31	865
	0	51	284	94	14	32	6	191
	6	162	142	254	15	48	3	479

Seuls ont été regroupés les catégories suivantes : les célibataires, les séparés, les divorcés et les veufs.

- Les intoxications diverses sont souvent intégrées avec les affections psychiatriques. De sorte que les mêmes observations sont valables pour ces deux types de malades.

- Parmi, les maladies organiques certaines surviennent essentiellement chez le sujet âgé, tel les problèmes cardio-vasculaires dont la moyenne d'âge est de 67 ans, d'autres surviennent à tout âge mais avec une recrudescence à partir d'un âge avancé. Telles sont les maladies neurologiques que l'on observe surtout après 65 ans, mais avec un pic non négligeable à 45-50 ans. La moyenne d'âge de ces affections neurologiques étant malgré tout très avancée (72 ans). L'histogramme semble mieux refléter la réalité.

- Enfin les problèmes sociaux sont présents à tout âge mais, prennent une importance capitale à partir de 65 ans, âge auquel survient, en général, l'arrêt du travail.

Pour illustrer cette étude, les histogrammes qui semblent représenter le mieux les différentes évolution des maladies selon l'âge ont été tracés : p. 26.

- L'histogramme des tentatives de suicides, illustrant à la fois, les problèmes toxiques et psychiatriques.

- Ceux des maladies cardio-vasculaires et neurologiques schématisent deux modes de survenue, très différents, par tranche d'âge, malgré un âge moyen très avancé pour chacune d'elles.

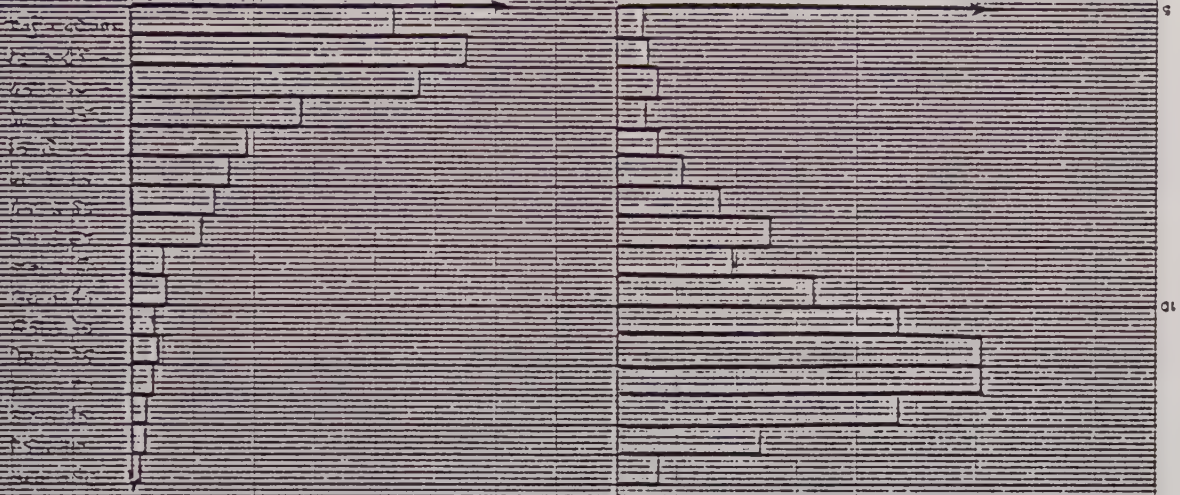
- Enfin, celui des sociopathies.

Âges	TS	CO	TM	DT	Dep	Psy	Conf	AVC	CV	Dig	Pneu	Neuro	HD	Socio
Inf. à 20	427	40	18	32	16	57	3	0	14	13	16	89	3	25
20 - 25	547	71	42	38	42	88	5	1	18	17	39	96	6	17
25 à 30	473	32	18	33	51	86	6	1	20	29	31	118	19	23
30 à 35	273	25	6	26	50	63	3	1	12	29	22	102	18	15
35 à 40	183	17	2	28	33	40	1	3	20	21	30	87	30	24
40 à 45	163	19	2	61	34	51	5	5	37	43	38	100	45	14
45 à 50	133	28	0	47	19	28	3	23	53	46	45	142	38	19
50 à 55	108	20	2	39	16	29	6	24	81	44	41	115	44	25
55 à 60	35	5	1	11	9	16	6	23	63	26	38	82	28	14
60 à 65	45	19	0	33	11	6	8	71	108	56	48	103	55	25
65 à 70	25	13	2	21	11	12	13	107	153	35	65	131	53	42
70 à 75	28	9	0	17	9	10	12	139	199	38	99	129	47	70
75 à 80	19	7	0	11	7	9	17	179	200	30	106	139	53	88
80 à 85	8	7	0	5	3	9	7	111	153	31	70	69	19	106
85 à 90	5	2	0	2	3	4	8	77	73	14	36	44	17	89
Sup. à 90	0	1	0	0	0	2	3	25	21	8	14	10	6	34
Totaux	2472	315	93	404	314	510	106	790	1225	480	738	1556	481	630

Répartition des malades par tranche d'âge de 5 ans

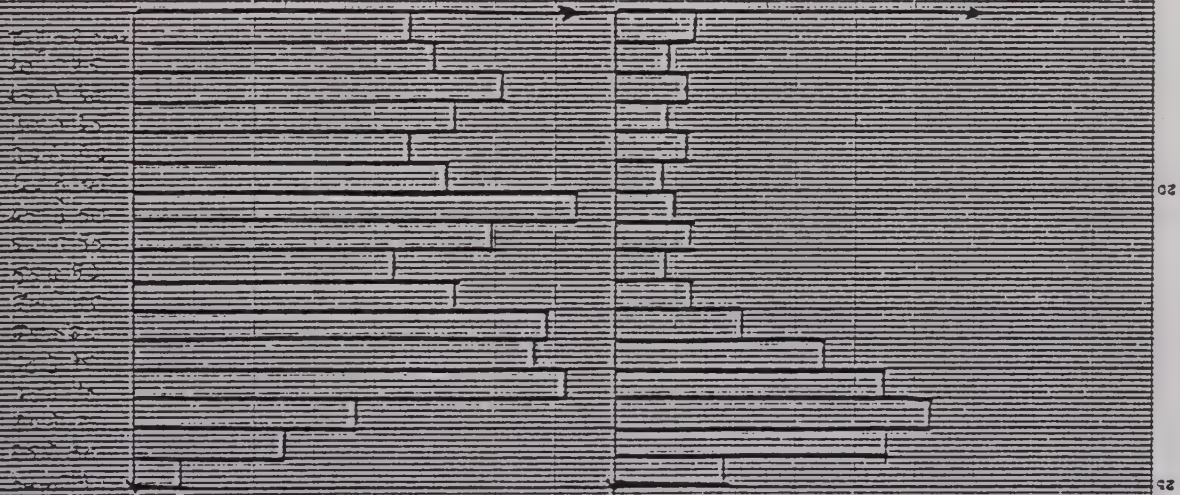
HISTOGRAMMES

Âges



ÉVÉNEMENTS DE SUICIDE

PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE



PATHOLOGIE NEUROLOGIQUE

SOCIOPATHIES

c) Situation de famille

Rare sont les enfants puisque ces derniers sont normalement dirigés vers le service de pédiatrie Pavillon S du Pr. FRANCOIS.

- Les statistiques démontrent l'importance des personnes seules sujettes aux toxicomanies (84 % de sujets vivants seuls), aux manifestations psychiatriques (67 % des gens seuls), aux ivresses et DT (63 %), ainsi que pour les sociopathies (78 %).

- 56 % des malades entrant pour TS et 60 % de ceux entrant pour des problèmes cardiaques vivent seuls.

- Les autres diagnostics sont constitués d'une population de gens seuls sensiblement égale à celle des gens mariés ou vivants maritalement.

d) Nationalité

L'étude des pourcentages de sujets ayant une nationalité étrangère souligne trois pathologies qui semblent leur être particulière avec :

- . 25 % de sujets étrangers hospitalisés pour des problèmes digestifs ;
- . 22 % de sujets étrangers entrant pour un problème pulmonaire ;
- . 22 % de sujets étrangers admis pour intoxication à l'oxyde de carbone.

En effet, ces chiffres semblent être le reflet exact de la réalité. Chacun connaît les conditions de logements déplorables de certains émigrés pouvant expliquer des accidents au CO. (Entassements de personnes dans une même pièce).

D'autre part, les médecins ont constaté la recrudescence des problèmes pulmonaires chez les émigrés, qui sont des sujets neufs à certains germes (tuberculose en particulier).

La grande proportion de sujets étrangers pour des problèmes digestifs est très importante. Les sujets étrangers n'hésitent pas à venir, d'eux-même sans avoir consulté de médecin, à l'hôpital.

Enfin, le pourcentage de nationalité étrangère pour les autres diagnostics oscille de 8 à 14 % des admissions, et, ne semble pas être significatif.

e) Départements d'origine

87 % des malades proviennent du département du Rhône, 95 % des départements limitrophes et de la région Rhône-Alpes.

Seulement 3,5 % sont envoyés par des départements ou pays étrangers plus lointains, ce pourcentage très faible, s'élève jusqu'à 23 % dans le cas des toxicomanies. Soulignant ainsi l'aptitude très spécialisée à recevoir ce type de malade qui nécessite une collaboration étroite entre les médecins somatiques et l'équipe médicale psychiatrique.

Répartition des admissions pour les principaux diagnostics selon l'heure

TS	CO	TM	DT	Dep	psy	Conf.	AVC	CV	Dig	Pneu	Neuro	HD	Sociop	Totaux
0 à 1	70	9	4	16	9	22	0	6	26	6	8	26	12	7 221
1 à 2	55	10	3	11	5	11	3	7	36	4	5	21	4	14 189
2 à 3	49	9	3	8	6	8	1	3	22	5	6	18	8	4 150
3 à 4	36	9	1	10	1	5	0	6	26	3	12	14	5	5 133
4 à 5	21	11	1	4	3	3	2	3	22	3	7	10	8	3 101
5 à 6	11	2	1	2	4	2	0	11	18	7	11	16	9	4 98
6 à 7	18	6	1	4	1	1	1	6	18	4	8	13	7	2 90
7 à 8	26	1	1	4	2	3	0	6	7	3	4	7	6	4 74
8 à 9	43	10	0	5	5	5	3	10	20	8	11	19	8	8 155
9 à 10	58	13	1	1	3	7	1	19	27	6	6	26	10	8 186
10 à 11	91	20	2	11	9	17	1	28	31	9	19	30	18	9 295
11 à 12	105	15	5	9	11	46	2	46	40	20	21	67	18	21 426
12 à 13	129	12	6	12	14	33	5	56	45	15	31	66	14	19 457
13 à 14	120	21	4	10	13	28	0	57	47	14	37	58	22	23 454
14 à 15	153	23	3	8	14	19	8	49	52	12	26	85	18	27 497
15 à 16	153	8	4	19	18	43	6	49	62	34	42	99	29	31 597
16 à 17	133	21	8	23	27	44	12	54	82	35	42	118	25	56 680
17 à 18	132	4	8	34	46	48	13	93	119	77	86	156	51	104 971
18 à 19	142	13	3	34	40	33	15	64	106	48	92	180	39	85 894
19 à 20	194	31	5	60	19	31	16	54	101	52	79	160	38	62 902
20 à 21	214	12	9	42	34	22	5	51	107	50	72	144	46	53 861
21 à 22	163	15	7	22	6	25	6	49	77	21	42	78	34	33 578
22 à 23	171	17	5	26	15	26	4	33	59	28	33	74	29	24 544
23 à 24	164	23	7	28	9	26	1	20	66	16	32	65	23	21 501
Totaux	2451	315	92	403	314	508	105	780	1216	480	732	1550	481	627 10054

2 - Admissions en fonction des diagnostics

a) Selon l'heure

Le pavillon N admet les malades à partir de 17 heures en règle générale. De ce fait, certains malades arrivant avant cette heure à la porte du pavillon A, sont obligés d'attendre plus ou moins longtemps, et, provoquent par voie de conséquence un "rush", qui, du point de vue pratique et parfois difficile à résoudre. Les statistiques prouvent cette arrivée soudaine de malades entre 17 - 18 h avec 971 malades alors qu'entre 16 - 17 h le chiffre enregistré, sur l'échantillonnage étudié est de 680, soit presque 300 malades de plus.

Chacun des diagnostics pris un à un, obéit à la règle générale qui veut que :

- 42 % des entrées à lieu entre 17 et 22 heures
- 15,8 % des entrées à lieu entre 22 et 3 heures
- 4,9 % des entrées à lieu entre 3 et 8 heures.

C'est à dire que 62,7 % des admissions sont réparties entre 17 h et 8 heures du lendemain. De ce fait, il est bon de souligner que plus de 37 % des malades arrivent pendant la journée.

Les statistiques montrent bien comme il est difficile pour un tel service de pouvoir remplir son objectif qui est de conserver des lits libres, en permanence, de façon à pouvoir répondre à tout moment à une urgence médicale. Grâce à une organisation exceptionnelle, et une collaboration étroite entre les différents services, le service d'urgence médicale de LYON arrive à résoudre, non sans mal, ces problèmes.

b) Selon le jour

On peut différencier trois groupes fictifs

- Les TS, les manifestations psychiatriques arrivent au début de la semaine alors que le week-end est une période creuse. En effet, les sujets dont le psychisme est fragile peuvent avoir du mal à affronter la réalité de la vie : travail, solitude, chômage etc... qui s'effacent souvent le dimanche, grâce à des réunions familiales ou amicales.

- Les intoxications à l'oxyde de carbone voient leur nombre augmenter les fins de semaine, en période hivernale les gens restent chez eux au lieu de sortir.

- Enfin un groupe qui n'est pas influencé par le jour de la semaine comprend les affections organiques ainsi que les sociopathies et les toxicomanies.

Des diagrammes pour certains diagnostics illustrent bien ces mouvements.

	TS	CO	TM	DT	Dep	psy	Conf	AVC	CV	Dig	Pneu	Neuro	HD	Sociop
Lundi	379	28	18	59	47	75	22	106	204	78	108	260	67	82
Mardi	366	35	12	67	55	91	13	120	160	68	111	223	69	96
Mercredi	349	37	19	67	47	88	13	114	170	64	103	189	75	126
Jeudi	358	47	11	50	57	83	21	98	177	64	111	208	73	92
Vendredi	360	50	16	63	44	78	11	119	156	54	82	226	54	90
Samedi	332	50	7	56	44	59	18	117	193	84	122	235	81	87
Dimanche	328	68	10	42	20	36	8	116	165	68	101	216	62	57
Totaux	2472	315	93	404	314	510	106	790	1225	480	738	1557	481	630

c) Selon le mois

Le phénomène de migration estivale du mois d'août est valable pour tous les diagnostics évoqués, et, se traduit par une baisse notable des admissions.

Cependant les états dépressifs sont en nombre plus faible en novembre.

Les accidents vasculaires cérébraux sont en nombre moins important en août, mais aussi en février, mars, avril, novembre, alors que janvier représente un maximum.

Les états confusionnels sont peu nombreux en janvier, février et mai.

Enfin la pathologie digestive régresse de façon notable en février.

Ici encore, les graphiques permettent de bien visualiser les mouvements.

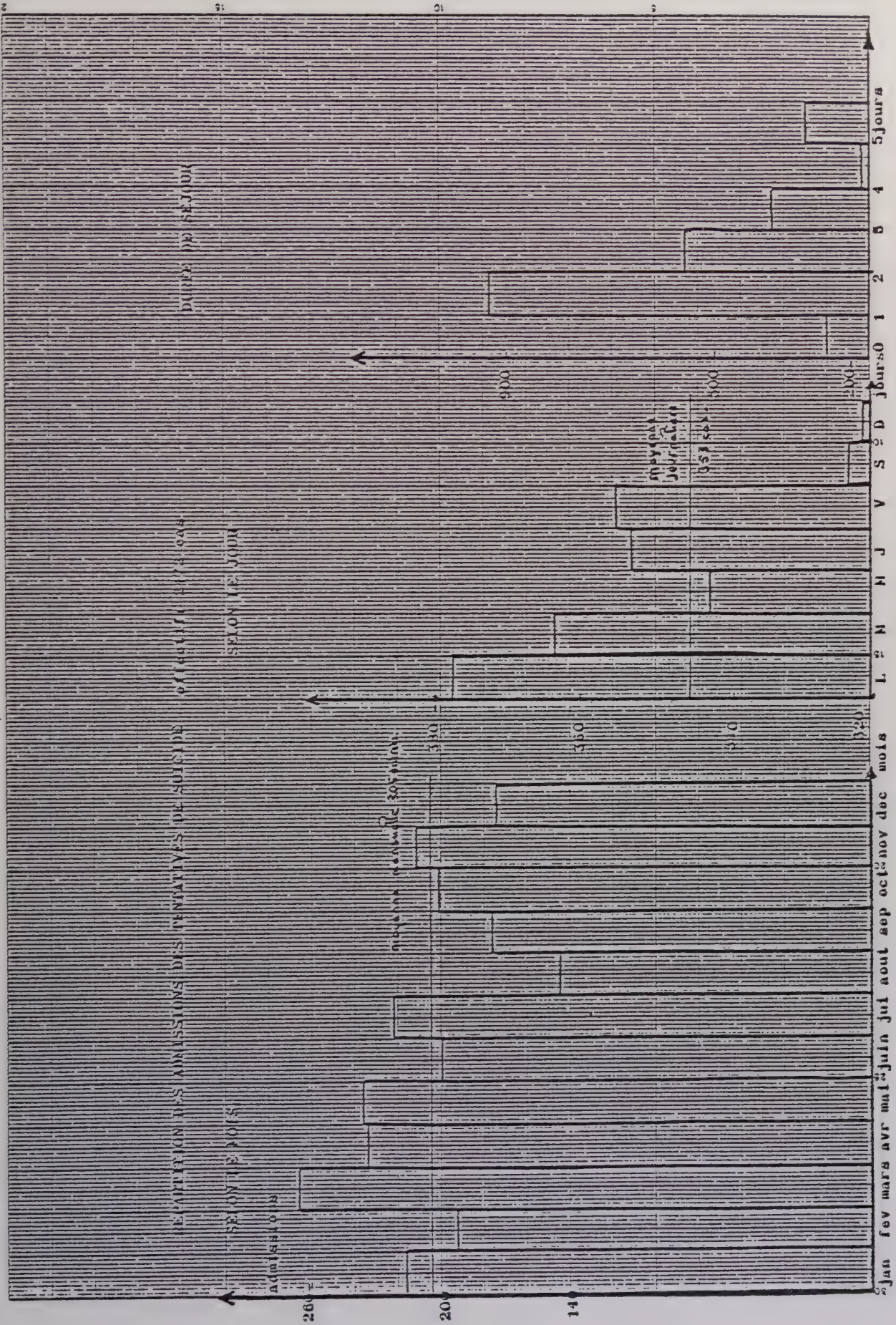
Répartition des admissions pour les principaux diagnostics selon le mois

voir page suivante

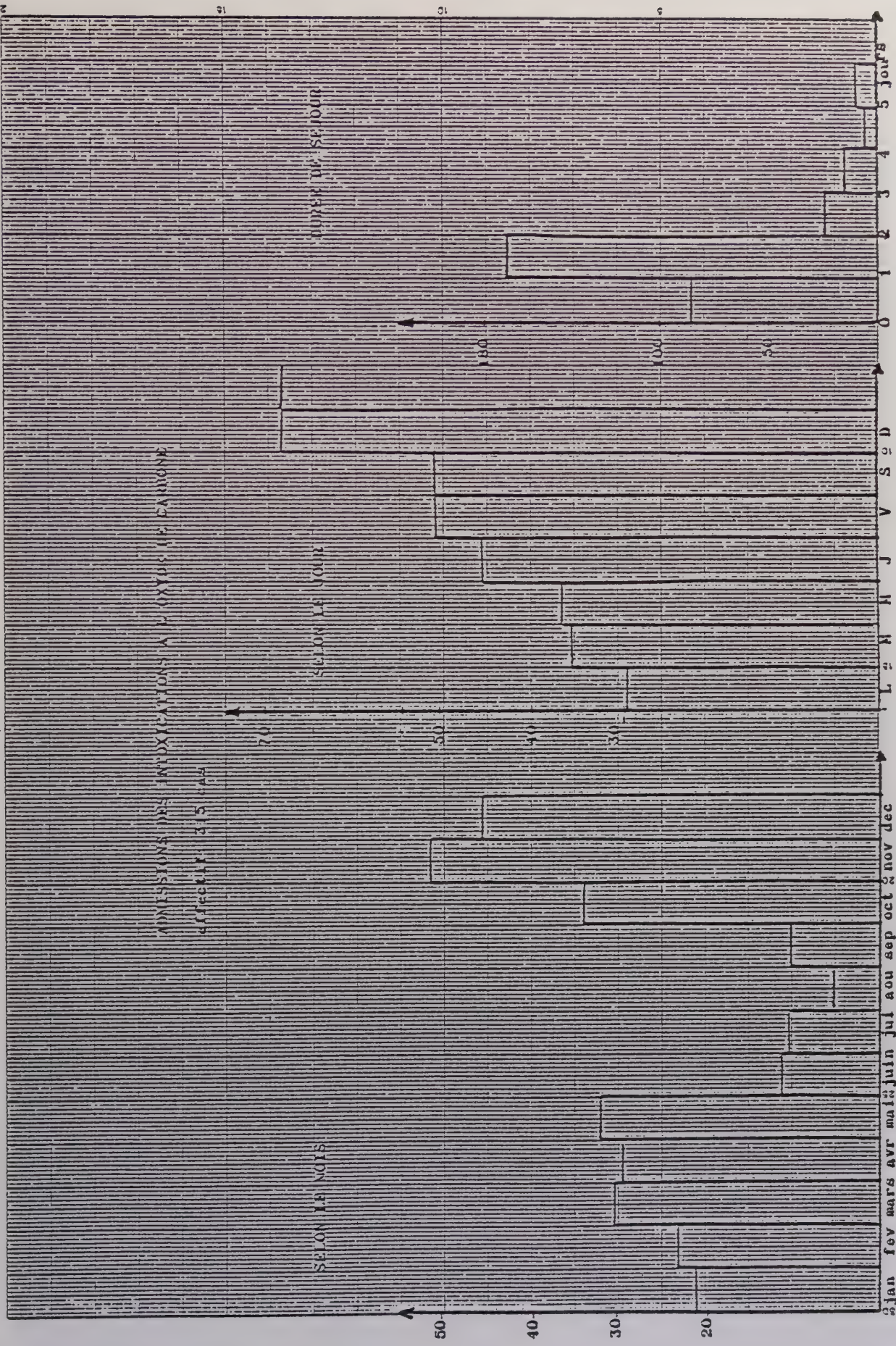
	TS	CO	TM	DT	Dep	psy	Conf	AVC	CV	Dig	Pneu	Neuro	HD	Sociop
Janvier	216	22	7	28	37	54	3	98	110	46	102	160	34	75
Février	194	26	6	32	29	53	2	56	120	24	59	144	37	46
Mars	262	31	13	37	24	49	12	58	126	46	83	131	32	42
Avril	233	29	10	29	22	56	10	54	115	46	71	113	34	43
Mai	236	34	7	34	31	40	4	79	102	44	43	136	47	60
Juin	200	12	9	35	31	41	16	65	100	34	59	112	39	54
Juillet	221	10	11	19	25	40	13	60	80	42	47	121	44	61
Aout	146	5	5	22	19	20	10	44	68	33	45	92	31	55
Septembre	177	10	4	30	24	44	10	71	83	40	54	138	35	40
Octobre	203	38	3	43	31	35	11	75	110	37	56	137	49	45
Novembre	210	52	6	43	13	39	9	57	112	42	57	126	56	52
Décembre	174	46	12	52	23	39	6	73	99	46	62	147	43	57
Totaux	2472	315	93	404	314	510	106	790	1225	480	738	1557	481	630

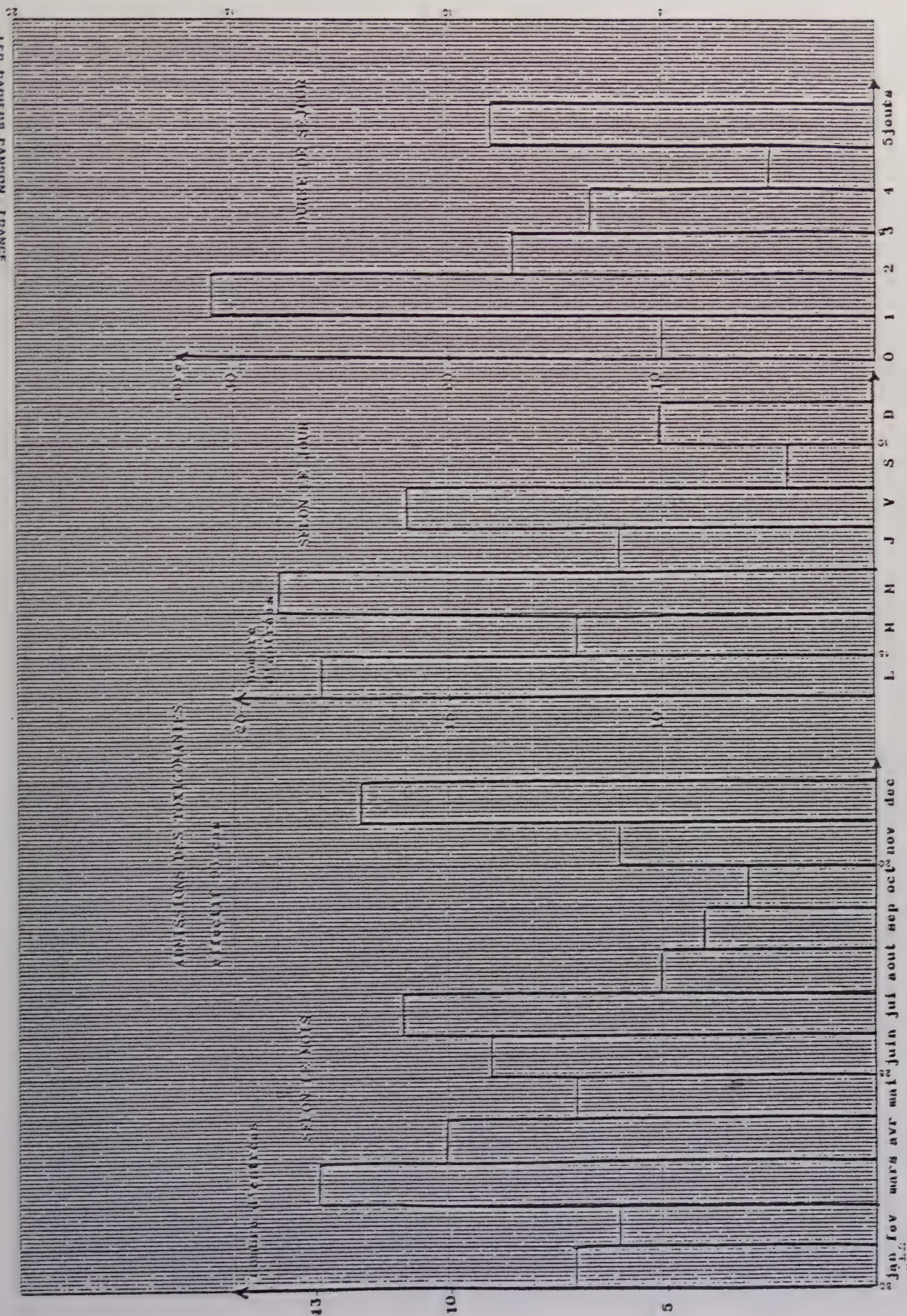
REPARTITION DES ADMISSIONS POUR LES PRINCIPAUX

DIAGNOSTICS SELON LE MOIS



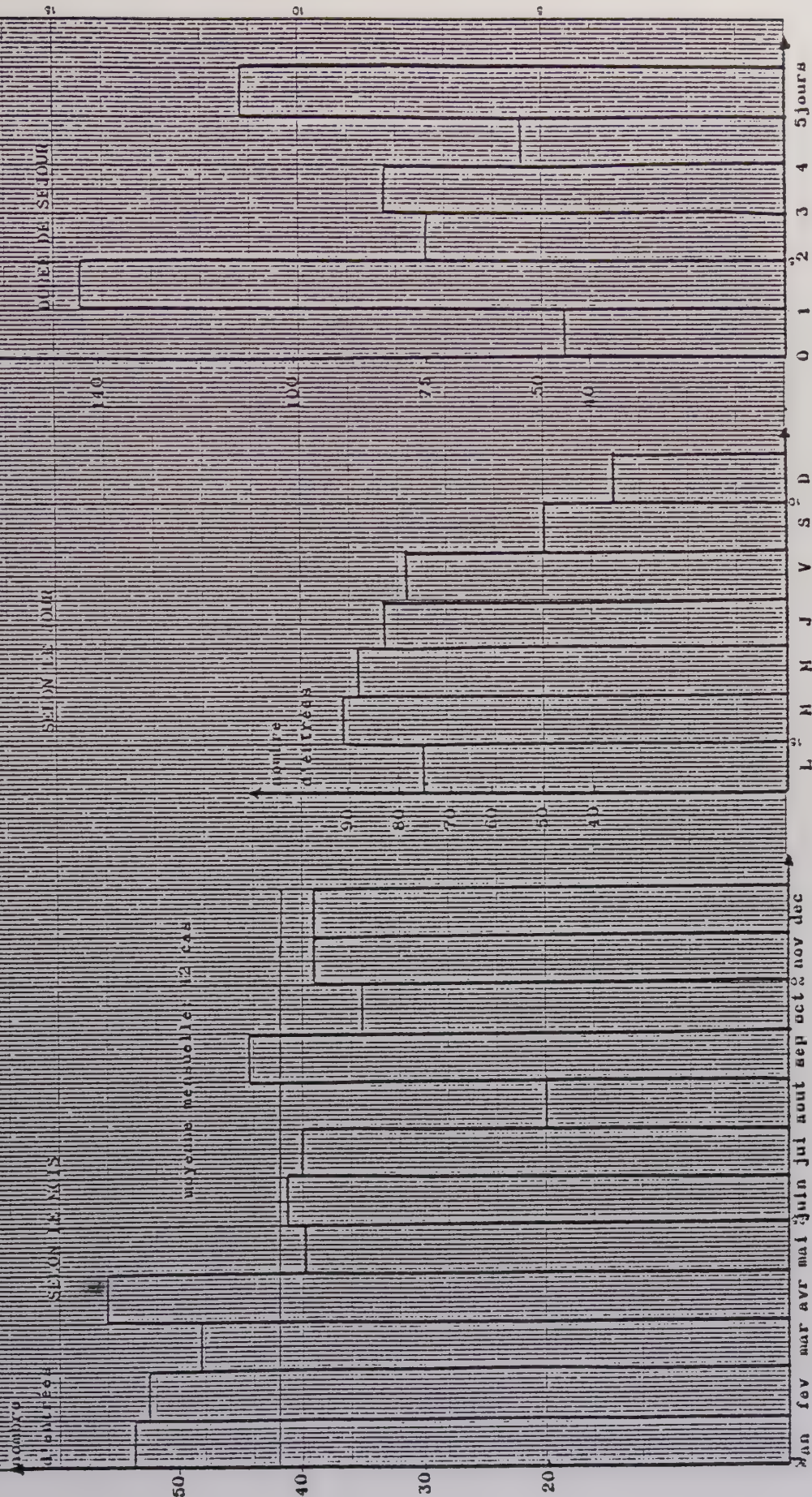
11-11 PAPER CARBON - TRAITÉ





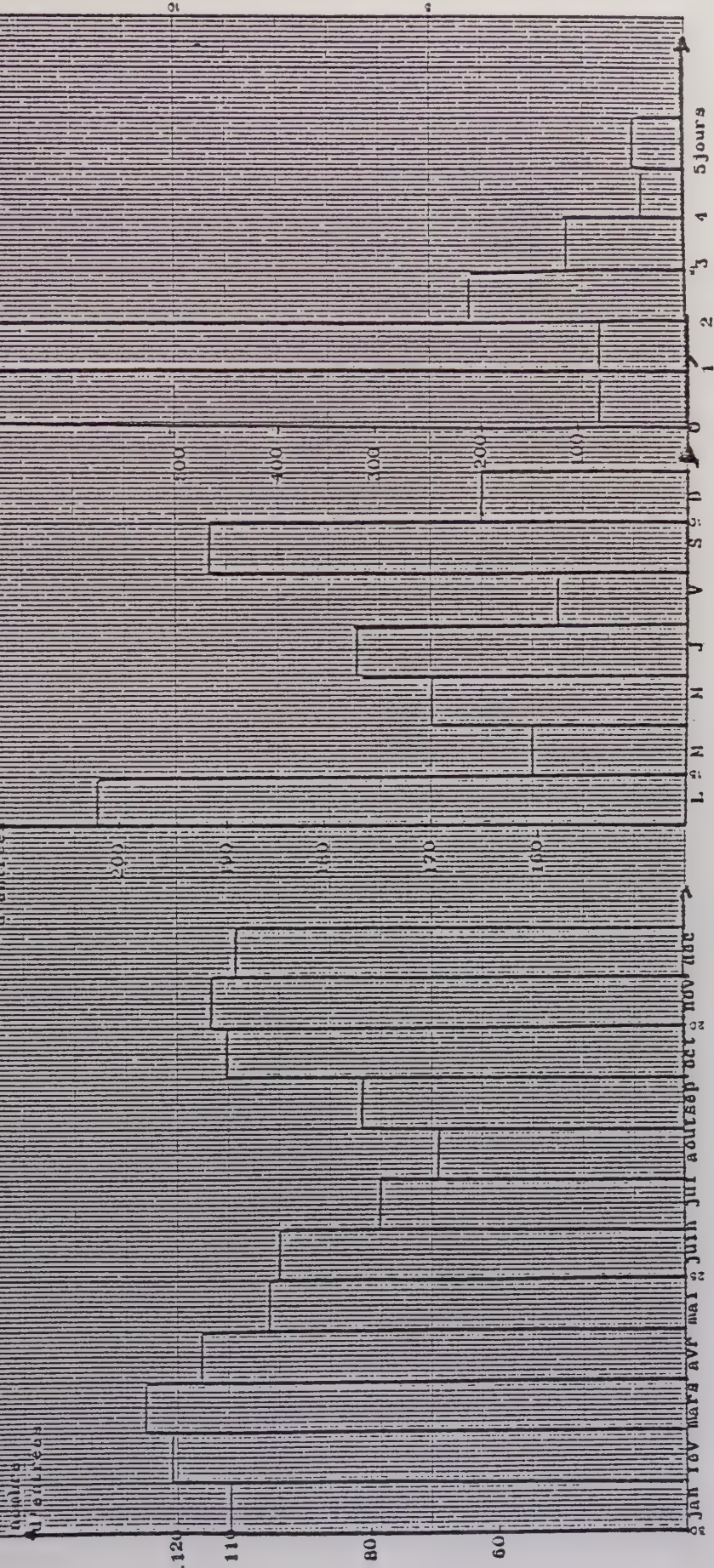
1771 PAPER ET CARTON FOURNE

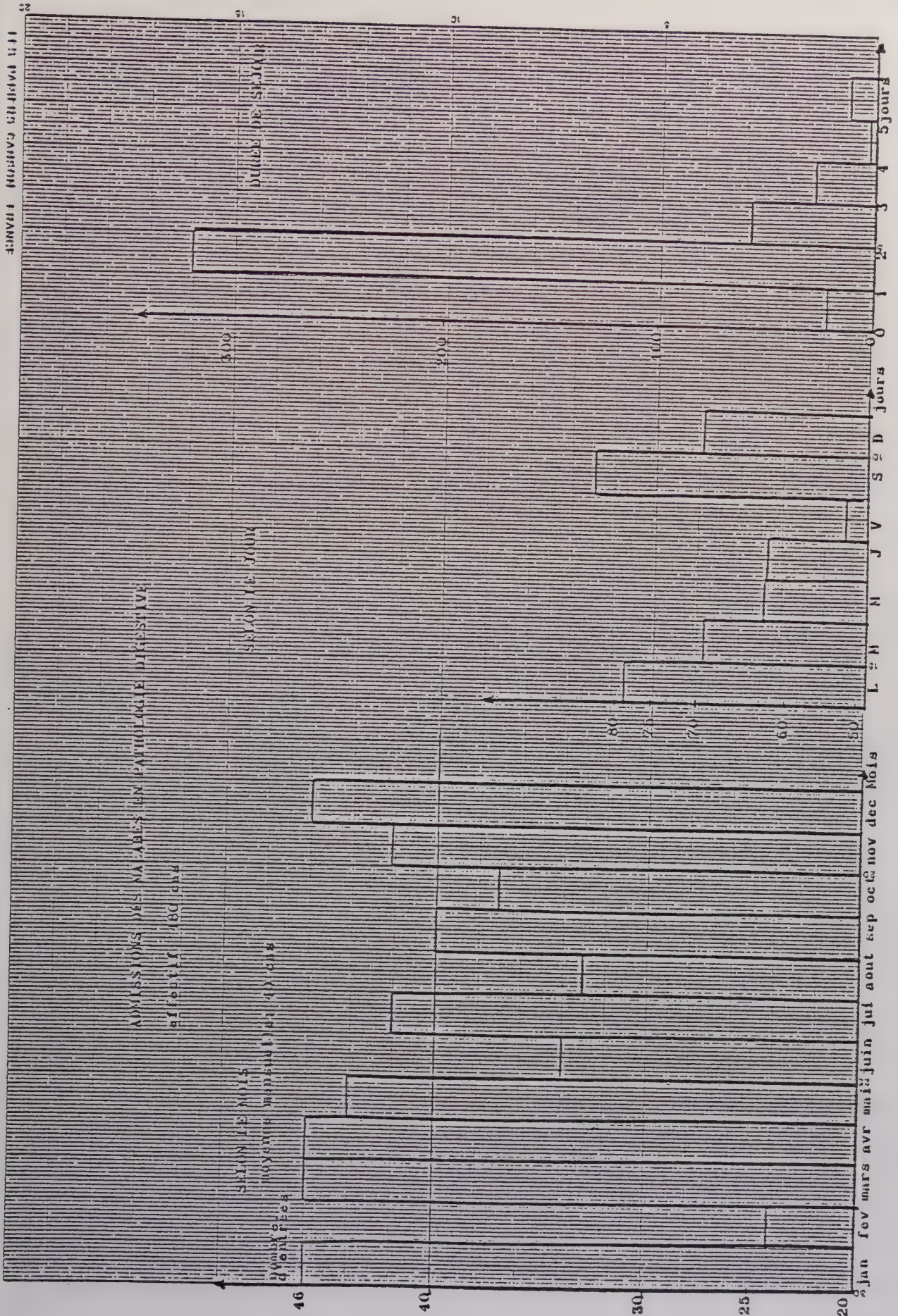




ADMISSION DE LA MALADIE CARDIO-VASCULAIRE

EFFICACITÉ 1125 CAS

nombre de
entréesnombre
d'entrées



3 - Durée de séjour : par diagnostics

Durée du séjour	TS	CO	TM	DT	Dep	Psy	Conf	AVC	CV	Dig	Pneu
< à 1	223	88	10	48	20	45	2	14	92	26	28
1 à 2	944	170	31	223	64	144	46	270	720	328	515
2 à 3	549	27	17	62	57	74	22	164	210	65	103
3 à 4	360	17	13	43	71	82	15	150	114	34	38
4 à 5	136	5	5	10	22	54	6	49	43	9	17
> à 5	260	8	17	18	80	111	15	143	46	18	37
Effectif	2472	315	93	404	314	510	106	790	1225	480	738

La durée moyenne du séjour est suivant les services de 2,02 jours à N₁, 2,39 jours à N₃ et de 4,34 en réanimation. En général, la durée du séjour varie de 1 à 2 jours. Cependant, les problèmes psychiatriques (toxicomanies, états dépressifs et autres), ainsi que les accidents vasculaires cérébraux voient leur durée de séjour augmenter, et beaucoup restent plus de 5 jours.

En effet, les problèmes psychiatriques sont longs et difficiles à traiter, la structure même du service permet une prise en charge totale de ce type de malade, et par conséquent le prolongement de l'hospitalisation si les médecins le jugent nécessaire.

Par ailleurs, il est très souvent difficile de muter ou d'envoyer un AVC dans un autre établissement, parce que mal admis.

4 - Mode de sortie

Voir le tableau concernant le mode de sortie page suivante

Ces statistiques permettent de différencier deux groupes distincts :

Les maladies psychiatriques qui pour la majeure partie sortent en sorties normales, c'est à dire, que le malade rentre chez lui où est transféré dans un autre établissement non HCL. Ceci à 72 % pour les TS, 86 % pour les CO, 71 % pour les états dépressifs, 66 % pour les toxicomanies. Ces chiffres montrent l'importance de la prise en charge post-hospitalisation par les services de consultation psychiatrique ou médicale du pavillon N. A noter l'effet bénéfique de ces hospitalisations de courte durée sur les malades qui refusent souvent l'hospitalisation comme le prouvent le nombre important de fugues ou de déchargessimples(exemple 3,5 % de décharges simples et 1,5 % de fugues pour les TS).

	TS	CO	TM	DT	Dep	psy	Conf	AVC	CV	Dig	Pneu	Neuro	HD	Sociop
Non séjourné	46	3	1	5	4	12	1	4	5	2	8	12	1	6
Mutation	437	19	15	53	50	83	15	123	184	159	91	227	210	121
Transfert HCL	43	7	1	111	22	38	53	377	577	217	498	656	174	288
Sortie normale	1789	272	62	205	221	335	33	111	309	68	96	515	39	156
Décès	10	6	1	4	1	5	2	135	81	24	38	77	47	36
Fugue	23	0	3	7	4	12	1	0	0	1	2	10	0	6
Décharge simple	85	3	3	13	9	13	0	13	11	4	3	21	5	8
Décharge décès	6	0	0	1	0	1	0	23	5	4	2	17	3	1
Inconnue	33	5	6	4	2	11	0	3	3	1	0	13	1	5
Totaux	2472	315	92	403	313	510	105	789	1175	480	738	1548	480	627

TABEAU CONCERNANT LES MODES DE SORTIE

- Les maladies organiques sont de 65 à 80 %, présentent en charge soit par un hospice civil de Lyon, soit par mutation directe à l'intérieur de HEH, après les soins d'urgences.

Les AVC possèdent un pourcentage élevé de décès (20 %) ainsi que les hématomés (10,5 %). Alors que 26 % de la pathologie cardio-vasculaire sort en "sortie simple".

V - ETUDE ECONOMIQUE

1 - Prix de journées dans les hospices civils de Lyon

A titre indicatif, voici les différents tarifs pour l'année 1976. La plupart des dépenses d'hospitalisation atteignant de très hauts niveaux sont prises en charge entièrement par la sécurité sociale.

1) 1er Régime commun :

Pensionnaires valides	73,40
Pensionnaires non valides ou nécessitant des soins spéciaux.....	103,90
Convalescence	149,50
Médecine gériatrique	193,20
Médecine générale	460,10
Pédiatrie de longue durée (Renée Sabran)	255,30
Médecine spécialisée	580,10
Prématurés, mucoviscidoses, pédiatrie spinabifida, neuro-psychiatrie, pouponnière neurologique endocri- nologie, cardiologie	
Chirurgie générale	580,10
Rééducation fonctionnelle	580,10
Chirurgie orthopédique de longue durée (Renée Sabran)	354,50
Chirurgie spécialisée	739,00
Chirurgie infantile, urologie, stomatologie	
Obstétrique et maternité	580,10
Hautes spécialités chirurgicales	327,30
neurochirurgie, chirurgie thoracique, chirurgie cardio-vasculaire, grands brûlés, services de réadaptation et rééducation fonctionnelle	
Hautes spécialités médicales	327,30
service de réanimation, insuffisances respiratoires	
Urgence médicale	327,30
Urgence chirurgicale	327,30
Dialyses	626,00
Stimulations	626,00

2) Chambres 1er catégorie

Pensionnaires non valides	124,70
Médecine gériatrique	231,80

3) Aux malades admis à titre privé

Médecine générale	506,10
Médecine spécialisée	638,10
Chirurgie générale	638,10
Chirurgie (Renée Sabran)	390,00

Chirurgie spécialisée	812,90
Maternité et obstétrique	638,10
Hautes spécialités médicales	1 460,00
Hautes spécialités chirurgicales	1 460,00
Dialyses	1 788,60

4) Hôpital de jour

Traitement d'oxygénothérapie hyperbare sans hospitalisation

- moins de deux heures	460,00
- plus de deux heures	920,00
Audiophonologie	34,00
Radiologie	103,90
Rééducation fonctionnelle	103,90

5) Le prix de pension des personnes accompagnantes en

service privé et en chambre 1er catégorie est fixé à	73,40
se décomposant comme suit	
- 2 repas à 8,00 F	16,00
- Chambre (y compris le petit déjeuner)	57,40

Ces tarifs sont applicables depuis le 1er mars 1976

2 - Coût approximatif d'une hospitalisation au service médical d'urgence de Lyon en 1976

Afin d'être aussi proche de la réalité que possible, les chiffres utilisés proviennent du compte rendu annuel de H.E.H. de Lyon.

Les trois premiers jours d'hospitalisation dans les offices 1 et 3 sont considérés comme une hospitalisation en haute spécialité appelée "spécialité coûteuse".

A partir du 4ème jour, le tarif est celui d'un service de médecine lente.

Le service de réanimation reste quelque soit la durée du séjour en haute spécialité.

		Nombre de journées en		
	Nom	Spécialité coûteuse	Médecine normale	Total
N ₁	Pr. ROCHE Pr. VEDRINNE	9830	4516	14346
N _{Rea}	Pr. MOTIN	3313	0	3313
N ₃	Pr. VIALA Pr. BOURRAT	9657	5476	15133
Total		22800	9992	32729

Si l'on tient compte de N₂ et N₄ qui totalisent 17 568 journées, l'activité du pavillon N, dans son ensemble, correspond à environ 10 % de l'activité totale de HEH, exprimée en nombre de journées (avec 50 360 journées pour N - 533 469 pour HEH).

Pour l'office 1, l'ensemble des prix de journées s'élève à :

Spécialité	9830	x	1327,30 F	=	13047359 F
Médecine	4516	x	460,10 F	=	2077811,60
Total N ₁					15125170,60

Soit par malade (6944 cas selon HEH) 2178,16 F

Pour l'office 3, l'ensemble des prix de journée s'élève à

	9657	x	1327,30 F	=	12817736,10
	5476	x	460,10 F	=	2519507,60
Total N ₃					15337243,70 F

Soit pour chaque malade (5961 cas) 2573,00 F

Pour le service de réanimation

3313 x 1327,30 = 4 397 344,90

Soit en moyenne pour chaque hospitalisation

5566,25 F

L'ensemble des prix de journées du pavillon N s'élève à :

N ₁	15 125 170
N ₃	15 337 243
	4 397 344
	34 859 757 F

La sécurité sociale prend en charge près de 81 % de ces frais ce qui a titre indicatif correspond à : 28 236 403 de nos francs actuels.

Il faut souligner qu'aux frais d'hospitalisations, les frais d'examens biologiques, radiologiques et autres sont facturés pour chaque malade. De ce fait les frais d'hospitalisation indiqués ci-dessus doivent être majorés sensiblement pour être plus proche de la réalité.

3 - Actes médicaux demandés par le pavillon N

a) Actes en B

Ce sont des analyses biologiques réalisées par la pharmacie de l'hôpital Edouard Herriot pour la majorité, mais aussi par des laboratoires extérieurs spécialisés.

Nous avons :

	$N_1 + N_2$	N_{Rea}	$N_3 - N_4$
Laboratoires extérieurs	62 000	112 000	180 000
Sur HEH	2 110 000	3 416 000	2 387 000
Sur l'ensemble des demandes	2 187 000	3 546 000	2 588 000

Lorsque le service de pharmacie et de biochimie de l'hôpital ne peut, faute de ne pas avoir un équipement spécialisé il fait appel aux laboratoires extérieurs. Ce sont essentiellement : le Centre de transfusion, l'Institut Pasteur et la Faculté de médecine.

La facturation de l'acte en B s'élève à 0,22 F. Nous avons alors le tableau suivant :

$N_1 + N_2$	=	2 187 000 x 0,22	=	481 140 F
N_{Rea}	=	3 546 000 x 0,22	=	780 120 F
$N_3 + N_4$	=	2 588 000 x 0,22	=	1 830 620 F

b) Actes en K

Ce sont tous les actes de petite chirurgie. (Sous clavière, intubation etc...) mais aussi les artériographies. D'après les documents il nous impose de différencier les actes d'artériographie, nous avons :

	$N_1 + N_2$	N_{Rea}	$N_3 + N_4$
Actes fait à HEH	46 400	658 963	61 500
Total demande	47 000	699 500	65 500
$N_1 + N_2$	43 621	588 200	160
N_{Rea}	360	8 000	720
$N_3 + N_4$	60	4 830	59 260

Nous constatons que :

Le service de réanimation du Pr. MOTIN fait un nombre d'actes considérable en comparaison des 4 autres services (112 500) ceci étant le résultat de cette spécialisation intense.

Il n'a pas été possible de connaître les actes fait à N_1 et N_3 sans y joindre les deux services de médecine lente N_2 et N_4 .

En général, les actes sont pratiqués à l'intérieur même du service.

Du point de vue économique, nous avons :

$N_1 + N_2$	47 000 x 2,06 =	96 820 F
N_{Rea}	699 500 x 2,06 =	1 440 970 F
$N_3 \quad N_4$	6 500 x 2,06 =	134 960 F
		1 672 750 F

c) Actes en Z

Les actes en Z représentent les actes de radiographie pratiqués par le pavillon N.

La répartition de ces actes par mois se fait comme dans le tableau de la page suivante.

Ces actes sont fait à 96 % dans le cadre de l'office 1 et 3 par le laboratoire de HEH, 3,5 % par le service de radiologie pavillon P et 0,5 % par un autre hôpital civil de Lyon (neurologie, cardiologie...etc).

Dans le cas de $N_3 + N_4$, ils sont fait à 91 % par le laboratoire de radiographie de HEH, à 8 % par le pavillon P et à 1 % par les autres hospices civils de Lyon.

L'ensemble des Z du pavillon N forme un total de 198 392 Z.

4 - Prise en charge

La prise en charge des frais d'hospitalisation, est réalisé à 80,85 % par la sécurité sociale et 3,71 % sont en attente auprès du même organisme. Cette prise en charge peut être évaluée par le tableau suivant :

1 - Sécurité sociale	-----	Prise en charge	=	10 581	soit 80,85 %
		- En attente	=	456	soit 3,71 %
		- Non prise en charge	=	2 045	soit 15,60 %
2 - Mutuelle	-----	Prise en charge	=	1 299	
		- Non prise en charge	=	11 740	
		- En attente	=	47	
3 - Aide sociale	-----	Prise en charge	=	594	
hospitalière		- En attente	=	3 144	
		- Non prise en charge	=	9 348	
4 - Malade payant	-----	Le malade lui même	=	4 430	
		- Le père du malade	=	268	
		- La mère du malade	=	185	
		- Le conjoint du malade	=	1 567	
		- Autres	=	1 047	

7 497

	JAN	FEV	MAR	AVR	MAI	JUIN	JUIL	AOUT	SEPT	OCT	NOV	DEC	Total
$N_1 + N_2$													
HEH													
Labo de radio	7582	7085	7351	5713	5560	6653	5504	4279	7021	7375	7638	7797	79 558
Pav. P	158	467	0	371	657	95	403	0	55	281	282	114	2 883
Autres HCL	75	0	26	160	0	41	20	45	0	0	0	78	445
TOTAL	7815	7552	7377	6244	6217	6789	5927	4324	7076	7656	7920	7989	82 886
$N_3 + N_4$													
HEH													
Labo de radio	11647	8110	8253	8219	7582	8396	7563	8434	8643	10418	8271	9811	105 347
Pav. P	535	522	256	954	1415	1062	542	49	545	1003	1651	836	9 370
Autres HCL	48	18	65	111	89	48	116	114	12	168			789
TOTAL	12230	8650	8574	9284	9086	9506	8221	8597	9200	11589	9922	10647	115 506

VI - MODE DE SORTIE

Quel est le devenir d'un malade hospitalisé en urgence au pavillon N ?

1 - Sortie normale

Correspond aux malades hospitalisés en urgence au pavillon N, qui n'ont pas été mutés ou transférés dans un autre hôpital civil de Lyon, et qui par conséquent sont rentrés chez eux, soit admis dans un autre établissement non HCL. 5228 personnes sont sorties suivant ce mode. Parmi elles, 3642, soit 27,8 % des malades sortis du pavillon N sont rentrées chez elles et 1586, soit 12,2 % ont été transférées dans un établissement psychiatrique, ou dans un hôpital autre que HCL, suivant le tableau ci-dessous.

VINATIER	245	CLINIQUE DE CHIRURG.	10
ST CYR MT D'OR	22	AUTRES HOP. PRIVES	67
ST JEAN DE DIEU	89	ST ROCH. ST MARTIN	4
ST JEAN BONNEFONDS	3	VUREY	1
ST EGREVE	1	ALBIGNY	5
CENTRE PSYCHO DE VIO	3	AUTRES MAISONS VIEILL	11
STE MADELEINE	1	DIEMOZ	3
AUTRES ET. PSY. PUBLIC	7	VILLA SUZANE	1
LA CHAVANNERIE	44	AUTRES MAISONS CONVA.	31
ST VINCENT DE PAUL	15	VLENNE	15
VILLA DES ROSES	15	VILLEFRANCHE	4
CHAMPVERT	58	NEUVILLE	1
VERBE INCARNE	12	BOURGON	6
MON REPOS	33	BOURG	4
SELIN	13	GRENOBLE	2
LE SERNAY	5	MONTELMAR	1
AUTRES ET. PSY. PRIVES	30	ST ETIENNE	9
DESGENETTES REA	38	CHAMBERY	2
DESGENETTES AUTRES	65	LE PUY	2
ST ELISABETH - JOSEPH	237	L'ARBRESLE	3
ST CROIX	248	PRIVAS	2
TRARIEUX	64	AUTRES HOP. PERIPHERIQUES	62
CENTRE LEON BERARD	4	ROANNE	2
TONKIN	54	BELLEY	2
MINGUETTES	2	CLERMOND FERRAND	2
CLINIQUE PROTESTANTE	13	GIVORS	2
		ST FOY	8
	<u>1324</u>		<u>264</u>

Total : 1324 + 264 = 1596

Ces malades sont essentiellement transférés aux hôpitaux de St Croix, Vinatier, St Elisabeth, St Joseph et St Jean de Dieu (819 malades c'est à dire plus de la moitié des malades mutés dans des hôpitaux non HCL).

2) Transfert HCL

Ces malades (4051 cas soit 30,95 % des sorties) sont transférés directement dans un hospice civil de Lyon, suivant la distribution suivante :

HOTEL DIEU	624
JULES COURMONT	899
ANTIQUAILLE	382
CROIX ROUSSE	640
ST EUGENIE	653
CHARPENNES	296
VAL D'AZERGUES	9
HENRY GABRIELLE	8
HOPITAL NEUROLOGIQUE	280
HOTEL DES INVALIDES	4
HOPITAL CARDIOLOGIQUE	178
CLAUDE BERNARD	3
HENRI MARTIN	59
MANGINI GENSOUL	16

Total 4051

22 % de ces malades sont dirigés vers Jules Courmont, 16 % vers St Eugénie, 15, 7 % vers la Croix Rousse, et 15,4 % vers l'Hotel Dieu, l'ensemble de ces quatre hôpitaux recevant 70 % de ces transferts.

3 - Les mutations

Il s'agit de mouvements des malades à l'intérieur d'un même hôpital ; ici à l'intérieur même de HEH, et, forment 18,6 % des sorties. Les mouvements se font selon la distribution suivante :

PAVILLON A	66
PAVILLON B	6
PAVILLON C	1
PAVILLON D	16
PAVILLON E	180
PAVILLON E BIS	62
PAVILLON H BIS	157
PAVILLON I	6
PAVILLON J ET K	20
PAVILLON L	13
PAVILLON M	14
PAVILLON N	771
PAVILLON N SOUS-SOL	115
PAVILLON N BIS	494
PAVILLON O	18
PAVILLON R	66
PAVILLON S BIS	1
PAVILLON T BRULES	1
PAVILLON T	1
PAVILLON T BIS	5
PAVILLON U 1 ETAGE	20
PAVILLON U 2 ETAGE	4
SERV. INFIRMERIE PERS.	2
PAVILLON P	30
PAVILLON V	36
PAVILLON H	318
PAVILLON M BIS	11
PAVILLON F	5

TOTAL 2439

En fait 56,2 % des mouvements se font à l'intérieur même du pavillon N. Ce chiffre à lui seul prouve le caractère particulier de ce pavillon dont les différents services fonctionnent en étroite collaboration.

Enfin, un grand nombre est muté à H. 475 cas, correspondant à la pathologie digestive importante traitée en urgence.

4 - Les autres se distribuent de la façon suivante

- 719 décès soit 5,5 % des sorties.
- 214 sont sortis sur décharge simple refusant tous soins, toute hospitalisation.
- 211 n'ont pas séjourné plus de 24 h à N.
- 152 de destinée inconnue.
- 75 ont fait une fugue.

C - FONCTIONNEMENT DE CHAQUE SERVICE SEPARÉ

Vont être étudiés successivement :

- le fonctionnement de l'office N₃ Pr. VIALA - Pr. BOURRAT
- le fonctionnement du service de réanimation Pr. MOTIN
- le fonctionnement de l'office N₁ Pr. ROCHE - Pr. VEDRINNE

Ce dernier chapitre sera plus détaillé que les autres pour les raisons suivantes :

- D'une part l'inspirateur de cette thèse est Monsieur le Professeur ROCHE Chef de service de l'office 1, et, d'autre part à cause des problèmes particuliers que pose le fonctionnement de ce service.

- Le service de réanimation est un service classique, avec toutefois, de part son petit nombre de lits et la qualité exceptionnelle de l'équipe médicale, il possède un pourcentage élevé de malades très graves.

C'est grâce à une organisation d'urgence très particulière, dans laquelle ce service est englobé, qu'il peut continuer à fonctionner, et, à muter, dans de bonnes conditions les malades qui ne nécessitent plus de soins particulièrement sophistiqués. Il existe en effet, à N₁ et N₃ des lits de soins intensifs où peut être traité ce type de malades.

- L'office N₃ est un service d'urgence médicale à orientation neurologique. Il convient de rappeler, à ce propos, que l'urgence n'est pas le fait de telle ou telle spécialité. Ces services nécessitent, en effet, des médecins polyvalents dont la seule activité est l'urgence, et, qui ont conscience de l'importance des problèmes médicaux, sociaux et psychologiques, la diversité des diagnostics en est à la preuve. Tout médecin des hôpitaux, quelque soit son orientation personnelle : cardiologie, pneumologie, endocrinologie etc..., est compétant, à condition d'accepter l'effort, certes considérable, de s'adapter à une médecine bien différente de la médecine hospitalière habituelle. Ainsi dans les offices 1 et 3 ont été formés un gastro-entérologue Dr PALLARD, un hématologue Pr. VIALA, un neurologue Pr. BOURRAT. L'office N₁ représente la première cellule de l'urgence médicale. Elle est essentiellement prise en charge par des médecins lyonnais, anciens internes, donc intégrés comme médecins des hôpitaux.

Des médecins légistes permanents, particulièrement compétents, puisque les problèmes médico-sociaux sont spécialement nombreux, sont orientés de part leur formation à la prise en charge de ces malades. Enfin les questions médico-légales ont une place fondamentale, les relations avec la police, la gendarmerie et par leur intermédiaires juridiques étant d'ailleurs pluriquotidienne.

FONCTIONNEMENT DE L'OFFICE N₃

(Professeur VIALA

Professeur BOURRAT)

Cet office a reçu au cours de l'année 1975 5791 malades qui font l'objet de cette étude.

1 - Profil des malades

a) Sexe : 2923 hommes ; 2868 femmes Total : 57 91

b) Age moyen : 57,21

Il existe un vieillissement de l'âge moyen au niveau de ce service, étant donné une tendance vers la spécialisation des différents services. Le Pavillon N₃ reçoit l'essentiel de la neurologie, par conséquent, les AVC dont l'âge moyen de survenue est voisin de 72 ans.

c) Situation de famille :

enfant	: 10	55 % des sujets hospitalisés
célibataire	: 1277	à l'office 3, vivent seuls
marié	: 2529	(célibataires, veufs, séparés
veuf	: 1469	ou divorcés).
séparé	: 135	
divorcé	: 289	
vivant marit.:	81	
	5790	

d) Nationalité :

Française	: 4893
Etrangère	: 897
	5790

e) Département d'origine :

Départements limitrophes : Rhône	4990	
Ain	170	
Loire	56	
Isère	251	
	5467	soit 94,40 %

Région Rhône-Alpes -	Ardèche	33
	Drome	21
	Savoie	14
	Haute-Savoie	10
		78 soit 1,34 %

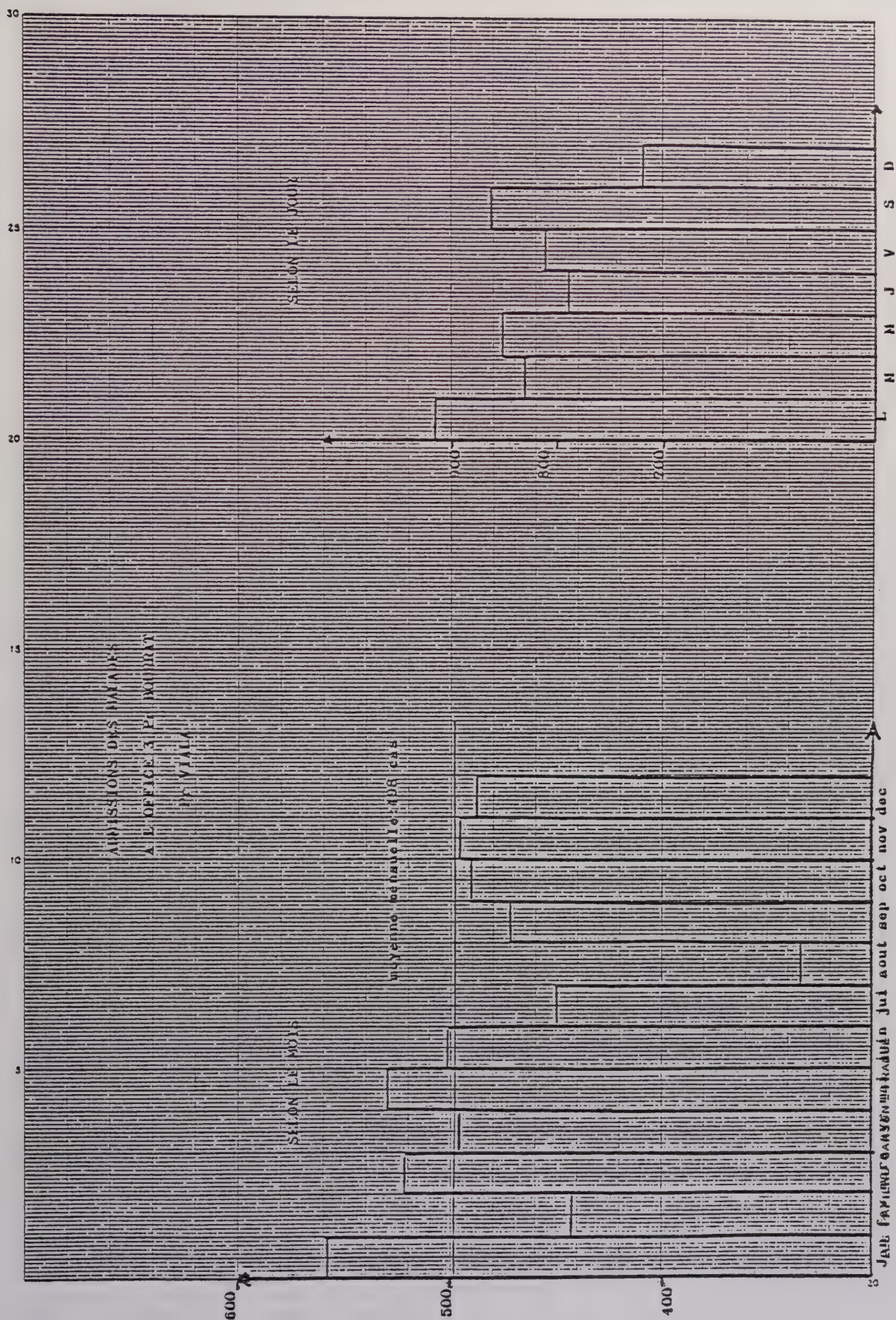
2 - Admission à l'office 3 selon le mois et le jour

Selon le mois		Selon le jour	
Janvier	559	Lundi	919
Février	443	Mardi	836
Mars	523	Mercredi	846
Avril	498	Jeudi	793
Mai	528	Vendredi	815
Juin	503	Samedi	862
Juillet	453	Dimanche	720
Aout	333		
Septembre	472		5791
Octobre	493		
Novembre	496		
Décembre	490		
5791		Moyenne mensuelle :	498

Pour cet office les mois de février, juillet, août, septembre sont les mois les plus creux, et, nettement inférieur à la moyenne mensuelle qui est de 498 admissions. Là encore, la période estivale semble bien s'inscrire dans le graphique.

Le mois de janvier est cependant un mois de pointe de l'année.

Au niveau des jours on note une baisse progressive des admissions du lundi au dimanche avec une entorse à cette règle : les admissions du samedi qui sont relativement importantes. Soulignent-elle les problèmes sociaux et de placement ?



3 - Etude étiologique des admissions à l'office N₃

1 - Tentative de suicide	106	26 - Autres neurologie	304
2 - Intox. Accidentelle	6	27 - Cancers avancés	57
3 - Accident - Thérapeutique	2	28 - Grippe	16
4 - Intox. Alimentaire	9	29 - Diabète	8
5 - Intox. CO	68	30 - Hématémèse	67
6 - Toxicomanie	16	31 - Digestif	264
7 - Autres intoxications	2	32 - Epistaxis	8
8 - Agitation aigue	84	33 - Coliques néphrétiques	69
9 - Ivresse - DT	171	34 - Appareil rénal	162
10 - Etat dépressif	179	35 - Cardio-vasculaire	678
11 - Autres manif. psych.	294	36 - Arrêt cardio resp.	0
12 - Etat confusionnel	69	37 - Infection	63
13 - Hystérie	39	38 - Hépatite	7
14 - Délire	43	39 - Pneumo	400
15 - Crises d'angoisse	4	40 - Dermato-urticaire	40
16 - Misère physiologique	147	41 - Gynéco - Obstétrique	0
17 - Sénilité	12	42 - Hématologie	66
18 - Noyade - Pendaison	16	43 - Rhumatologie	55
19 - Comport. anormaux	10	44 - Endocrinologie	94
20 - Cas sociaux	182	45 - Lésion traumatique	15
21 - Autres sociopathies	2	46 - Gangrène	0
22 - Malaises - Vertiges	417	47 - Affect. Chirurgi.	0
23 - Epilepsie - Convulsions	185	48 - Autres médicaux	284
24 - AVC	648	49 - Divers	22
25 - Coma	55	50 - Pas de diagnostic	305
	2766		2984

Parmi les 5750 malades dont le diagnostic a été étudié grâce à l'informatique, on a constaté que :

- La neurologie représente une part importante de l'activité de cet office, avec un pourcentage élevé 28 %. On note : un grand nombre (648 cas) d'accident vasculaire cérébral dont l'âge moyen est élevé 72 ans, mais aussi 417 cas de malaises, vertiges, les épilepsies se dénombrent à 185 cas, le reste de la neurologie représentant 3404 cas.

- Les malades psychiatriques forment un deuxième type de pathologie avec 883 cas soit 15 % des admissions. Parmi ces malades sont compris les ivresses DT avec 171 cas, les agitations aiguës (84 cas), les états dépressifs (179 cas), les crises d'hystéries (39 cas), les délires (43 cas), crises d'angoisses (4 cas), et les autres manifestations psychiques (294 cas).

- La pathologie cardio-vasculaire représente 672 cas soit 12 % des entrées à N₃.

- La pneumologie correspond à 400 cas soit 7 % des entrées.

- L'importance de cas sociaux (misère physiologique, sénilité, sociopathie...) doit être souligné et représente 6 % de l'activité de cet office avec 345 cas.

- Enfin, on note la pathologie digestive avec 264 cas (4,6 %), rénale 231 cas (4 %), intoxications de tout genre 209 cas (3,6 %).

4 - Mode de sortie

Le mode de sortie de l'office 3 se fait selon le tableau suivant :

non séjournés	75	soit	1,3 %
mutation	1027	soit	17,7 %
transfert HCL	2399	soit	41,4 %
Établ. extérieur	672	soit	11,6 %
sortie simple	1115	soit	19,2 %
décès	334	soit	5,8 %
fugue	27	soit	0,5 %
décharge simple	84	soit	1,50 %
inconnue	57	soit	1 %
	5790		100 %

- La pathologie admise dans cet office est souvent une pathologie du sujet âgé comme en témoigne l'âge moyen de 57 ans et la répartition des diagnostics. De ce fait, le taux de sortie simple est abaissé à 19 % avec 1115 sujets. Alors qu'un grand nombre de malades est transféré dans un autre établissement civil de Lyon (41,4 %) ou en dehors des HCL (11,6 %), ou encore muté dans l'hôpital Edouard Herriot lui même (19,2 %). L'ensemble de ces transferts correspond donc à un pourcentage important de 71 % des malades. Ces transferts se font difficilement d'une part parce que les services de médecine sont souvent pleins et que d'autre part la pathologie des sujets âgés est souvent mal acceptée par ces services. En effet, ces services ne veulent pas prendre des sujets dont la pathologie offre moins d'intérêt, et, qui nécessite un nursing plus intense qu'un malade ordinaire. Enfin, ceci explique une durée moyenne de séjour (2,39) un peu plus élevé dans cet office (par rapport à l'office 1 (2,02 séjour)).

II - FONCTIONNEMENT DU SERVICE DE REANIMATION

Pr. MOTIN

1 - Profil des malades

Ce service a reçu pendant l'année 1975, 790 malades (selon les chiffres de HEH) dont 727 font l'objet de cette étude.

a) Sexe

Il existe une proportion d'hommes légèrement supérieure (52 %) à celle des femmes :

Hommes	:	379
Femmes	:	348
		727

b) Age moyen

Il est relativement jeune : 44,65 ans

c) La situation de famille se répartit de la façon suivante :

Enfant	8
Célibataire	209
Marié	383
Veuf	63
Séparé	23
Divorcé	31
Vivant marita-	9
lement	
Total	726

d) Nationalité

Française	671
Etrangère	54
	725

e) Départements d'origine :

Il s'agit du département du domicile du malade :

- Départements limitrophes :

Rhône	478
Ain	41
Loire	56
Isère	44

619 soit 85,2 %

- Région Rhône-Alpes :

Ardèche	12
Drome	16
Savoie	7
Haute-savoie	8

43 soit 6 %

15 % des malades viennent des départements autres que les départements limitrophes. Ce pourcentage est relativement élevé et provient de la haute spécialisation de ce service qui est un modèle en ce genre.

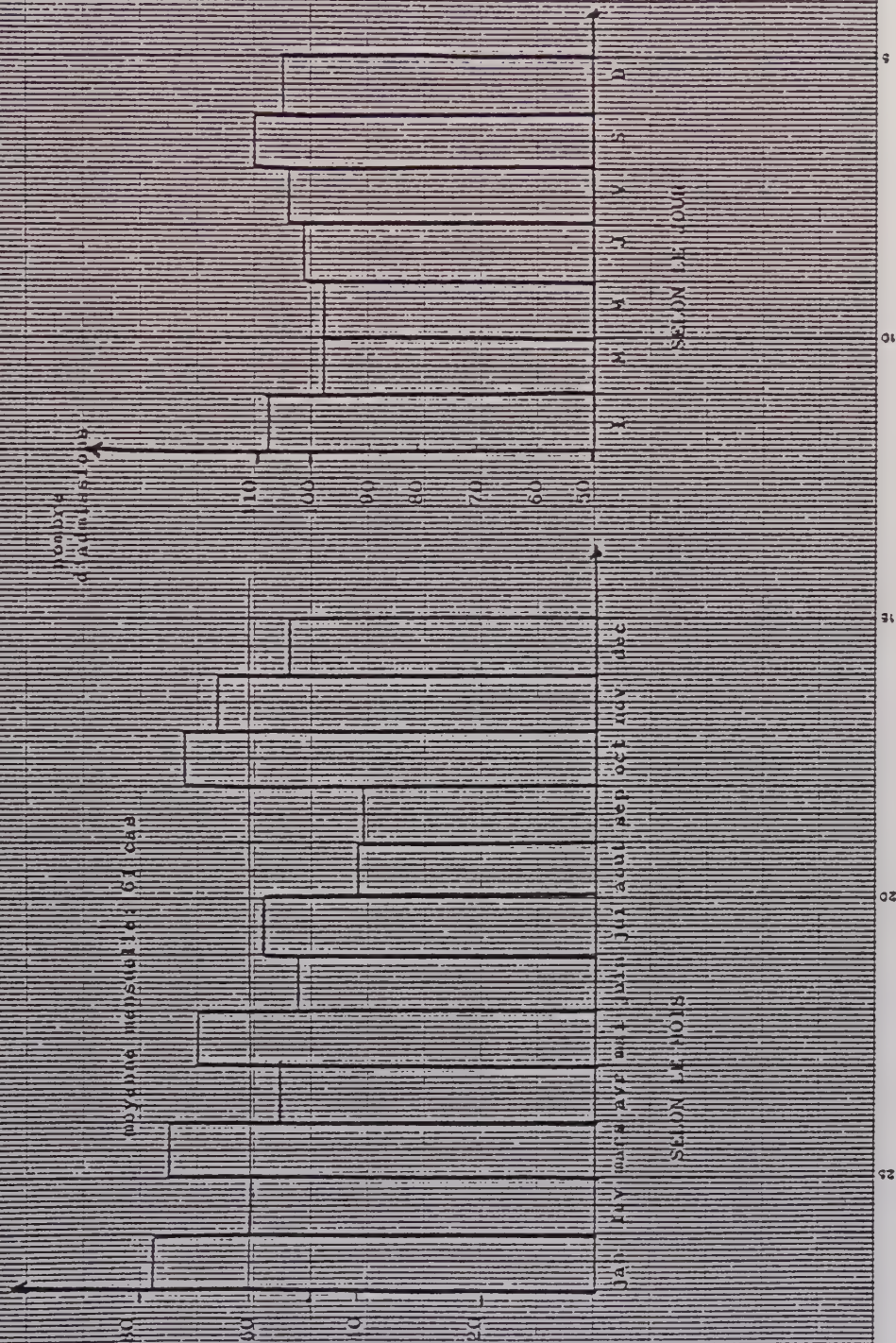
2 - Admission au service de Réanimation selon le jour et le mois

Lundi	108	Janvier	78
Mardi	98	Février	61
Mercredi	98	Mars	75
Jeudi	102	Avril	56
Vendredi	104	Mai	70
Samedi	111	Juin	53
Dimanche	106	Juillet	58
		Aout	42
	727	Septembre	41
		Octobre	72
		Novembre	67
		Décembre	54
			Moyenne mensuelle :
		727	61 cas

+ L'admission selon le mois est en fait plus régulière que pour les autres offices : avril, juin, aout, septembre sont nettement inférieurs à la moyenne mensuelle qui s'élève à 61 admissions, alors que janvier, mars, et octobre sont très supérieurs à cette moyenne.

+ A l'inverse, il existe une régularité des admissions selon le jour de la semaine, on ne retrouve pas le creux du dimanche et le pic maximal du lundi comme pour les autres offices. Le service reçoit de façon régulière tout au long de la semaine, malgré le petit nombre de lits, et, la longueur moyenne de séjour plus élevé. La régularité et le nombre des admissions sont donc le reflet d'une très grande organisation et d'une bonne collaboration avec les autres offices.

ADMISSIONS DES MALADES AU SERVICE DE L'ENTRÉE (1911-1912)



3 - Etude étiologique des admissions au service de Réanimation - Pr. MOTIN

1 - Tentative de suicide	287	26 - Autres neurologie	13
2 - Intox. Accidentelle	7	27 - Cancers avancés	7
3 - Accident - Thérapeutique	4	28 - Grippe	4
4 - Intox. Alimentaire	0	29 - Diabète	6
5 - Intox. CO	11	30 - Hématémèse	1
6 - Toxicomanie	1	31 - Digestif	16
7 - Autres intoxications	2	32 - Epistaxis	1
8 - Agitation aigue	0	33 - Coliques néphrétiques	0
9 - Ivresse - DT	1	34 - Appareil rénal	19
10 - Etat dépressif	0	35 - Cardio-vasculaire	67
11 - Autres manif. Psych.	0	36 - Autre cardio-resp.	26
12 - Etat confusionnel	0	37 - Infection	20
13 - Hystérie	0	38 - Hépatite	8
14 - Délire	0	39 - Pneumo	40
15 - Crises d'angoisse	0	40 - Dermato-urticaire	4
16 - Misère physiologique	2	41 - Gynéco obstétrique	6
17 - Sénilité	0	42 - Hématologie	12
18 - Noyade - Pendaison	13	43 - Rhumatologie	0
19 - Comport. anormaux	0	44 - Endocrinologie	2
20 - Cas sociaux	0	45 - Lésion traumatique	17
21 - Autres sociopathies	0	46 - Gangrène	10
22 - Malaises - Vertiges	6	47 - Affect. chirurg.	60
23 - Epilepsie - Convulsions	4	48 - Autres médicaux	4
24 - AVC	6	49 - Divers	1
25 - Coma	20	50 - Pas de diagnostic	11
	364		355

Total des malades hospitalisés : $364 + 355 = \underline{719 \text{ cas}}$

Ce service de Réanimation est hautement spécialisé et ne reçoit que les cas gravissimes.

Ainsi ont été admis :

312 intoxications (43,4 % des admissions dans ce service) dont 287 étaient volontaires ; 11 à l'oxyde de carbone et 14 autres diverses

142 problèmes cardio-vasculaire (soit 20 % des entrées) dont 26 cas d'arrêt cardio-respiratoire.

49 malades relevant de la neurologie (soit 6,8 %) dont 20 comas, 6 AVC, 6 malaises - vertiges, 4 épilepsies et 13 divers.

40 malades pulmonaires (soit 5,6 %).

17 malades digestifs (soit 2,4 %).

L'ensemble de ces diagnostics représente près de 80 % des admissions au service de réanimation, et, illustre bien la gravité de ces malades et la nécessité d'un service hautement spécialisé, étant donné que la plupart des sujets intoxiqués traités dans ce service sont comateux.

Par évidence, en dehors des TS, ce service ne reçoit pas de problèmes psychiatriques, sociaux ou somatiques simple (comme des coliques néphrétiques).

4 - Mode de sortie

La distribution des sorties des malades se fait de la façon suivante :

Non séjourné	26	soit	3,5 %
Mutation	378	soit	52,6 %
Transfert HCL	55	soit	7,8 %
Sortie simple	18	soit	2,5 %
Décès	188	soit	26,1 %
Fugue	0	soit	0 %
Etablissements extérieurs	54	soit	7,5 %
	719		100 %

La plupart des malades sont, après avoir reçu les soins intensifs de ce service admis dans un autre service de médecine selon le mode suivant :

52,6 % ont été mutés. En général il s'agit de mutations internes du pavillon N, les malades passant alors dans les offices 1 ou 3. Soulignant ainsi cette étroite collaboration entre les différents services de ce pavillon.

7,8 % ont été envoyés dans un autre établissement extérieur aux HCL.

La gravité de ces malades a pour conséquence, non seulement le très petit nombre de sortie simple 18 cas, mais aussi le taux important de mortalité 26,1 %.

III - FONCTIONNEMENT DE L'OFFICE N₁

Professeur ROCHE

Professeur Agrégé VEDRINNE

L'activité de ce service sera plus détaillée que les autres offices de l'urgence médicale pour deux raisons :

- C'est au niveau de ce service que sont particulièrement développées les difficultés de l'urgence médicale.

- Enfin, l'inspirateur de cette thèse, le Professeur ROCHE est le chef de service de l'office 1, élément subjectif dont il ne pas méconnaître.

1 - L'organisation médicale

Pour faire face aux malades se présentant à l'urgence, il est nécessaire d'avoir une équipe pluridisciplinaire. Cette polyvalence médicale est l'impératif d'un service d'urgence. Afin d'assurer un fonctionnement 24 heures sur 24 ; il a été nécessaire d'organiser des équipes de garde qui elles aussi sont pluridisciplinaires.

a) L'équipe médicale du matin est stable, c'est à dire, que chaque matin, une même équipe va pouvoir faire face à la tâche quotidienne :

- continuer à prendre en charge les malades de la veille en appréciant ceux qui peuvent sortir, ou être mutés et ceux qui doivent rester dans le service.

- examiner pour la première fois ceux qui sont arrivés pendant la nuit, continuer leurs soins mis en route par le service de garde et préparer leur triage : 20 à 25 malades entrent et sortent chaque jour pour un office de 45 lits. Ces chiffres illustrent bien l'importance de cette tâche et la surcharge de travail qu'elle impose.

- Trois équipes médicales vont s'employer à ce labeur.

* Une équipe médicale somatique ;
un médecin adjoint du chef de clinique, un chef de clinique et un interne s'occupent des problèmes somatiques ;
l'existence d'une unité de soins intensifs, en plein développement, impose la présence de 3 personnes.

* Trois médecins toxiques voient chaque matin, tous les malades intoxiqués hospitalisés. Un pourcentage important de ces malades sortent directement du service. Il faut donc préparer leur sortie en avertissant tous les organismes qui peuvent intervenir dans les suites d'une intoxication : médecin traitant, service d'hygiène mentale, médecin du travail et par évidence les organismes qui prennent en charge les dépenses hospitalières (sécurité sociale, mutuelle, assurance etc.).

* Une équipe psychiatrique : un chef de service adjoint, un chef de clinique, 2 internes, deux attachés voient les 25 à 30 malades qui nécessitent un avis psychiatrique. Ce sont des malades hospitalisés mais aussi des malades sortis depuis quelques jours qui reviennent consulter les médecins qui se sont occupés d'eux.

- Cette sectorisation en trois équipes n'est pas rigoureuse. En particulier, les médecins des 2 premières équipes peuvent se remplacer.

- 8 externes, 6 infirmières complètent l'équipe du matin.

- La coordination du matin est réalisée par la surveillante de l'office, qui vérifie d'après un protocole établi chaque matin avec le corps médical, que tous les malades ont bien été vus par les médecins.

Il n'y a pas en effet de secteur géographique inter médecine, (toxicologie, psychiatrique). Les médecins n'ont pas un territoire qui leur est propre. Chaque malade est pris en charge par l'équipe compétente, certains peuvent être examinés successivement, dans une même matinée, par les médecins des trois équipes.

Cette collaboration et ce travail sont essentiels pour permettre un diagnostic précis et facilitent la conduite à tenir. En effet, une des préoccupations majeures du personnel médical, est de prendre une décision pour chacun des malades, de connaître ceux qui nécessitent des soins urgents, ceux qui peuvent être mutés dans d'autres services, et ceux qui vont pouvoir retourner chez eux.

Ces décisions sont graves, il ne faut pas se tromper. En effet, renvoyer un malade qui va faire un malaise chez lui, un suicidant qui va récidiver, une hémorragie digestive qui va rechuter seraient à l'origine d'un scandale si une erreur évidente était commise. On conçoit donc aisément la responsabilité médicale qui est engagée.

Cependant, réfléchissons à ce que représente dans une matinée :

- Voir tous les malades hospitalisés ;
- Rassembler tous les examens radiologiques et autres qui ont été faits en urgence ;
- Préparer tous les documents médicaux et administratif des 20 malades qui sortent ;
- Recevoir chaque matin, 2 à 5 malades arrivés en état de détresse et qui n'ont pu être hospitalisés dans un autre service ;
- Accueillir les 20 à 30 familles qui viennent demander des nouvelles de leur malade ;
- Répondre à la centaine de coup de téléphone demandant des nouvelles de tel ou tel hospitalisé.

Ceci représente une tâche surhumaine responsable du surmenage de chacun et nécessite de la part de tous, du personnel de service, des infirmières, des médecins, quelque soit leur niveau, un équilibre et une maîtrise de soi peu commune.

Il faut insister sur ce que peut représenter pour un jeune infirmier ou un étudiant l'arrivée quotidienne de suicidants, de toxicomanes, de trouble du comportement, et les réactions psychologiques qui s'en suivent.

Enfin, l'équipe psychiatrique a un double rôle ; soigner les malades mais aussi, aider tout le personnel soignant dans la compréhension de sa tâche et dans la solution de ses difficultés professionnelles.

b) Equipe de nuit et des dimanches

Dans la mesure du possible, les équipes de nuit sont composées de médecins connaissant déjà le service, mais, cela n'est pas réalisable intégralement par suite de l'insuffisance du personnel de N.

a - Les internes de garde ayant choisi le service assurent à tour de rôle, de midi à midi la garde, garde difficile ; au moins pendant 20 h sur 24. Il faut être debout, aller d'un malade à l'autre, surveiller l'ensemble du fonctionnement. La présence des internes le matin est indispensable et leur permet de donner les renseignements utiles sur ce qui s'est passé pendant la nuit.

b - Les médecins de garde sont présents, il s'agit d'un médecin, chef de clinique en exercice, qui est tenu obligatoirement de faire une garde sur 60 environ, leur nombre est de 60 médecins. Certains d'entre eux s'intéressent à ce service et sont d'un dévouement digne de tout éloge. D'autres participent de façon moins active. Ils sont pourtant indispensables car ils peuvent intervenir utilement lors d'un traitement médical. On leur demande d'avoir une autorité suffisante dans le service et vis à vis de tous ceux qui interviennent de l'extérieur à l'urgence, dans l'arrivée d'un malade : ambulance, pompier, police, voitures diverses etc...

c - Un malade de garde de toxicologie : l'équipe toxicologique est composée de médecins du service, des médecins du centre anti-poison, d'anciens internes du service formant ainsi un nombre de 15 ; nombre qui semble être un minimum.

d - un médecin psychiatre d'astreinte, vient si on l'appelle, et, fait une visite de façon systématique entre 20 et 23 heures.

Les médecins du service, d'anciens médecins ou internes connaissant le service complètent ce chiffre.

Tous ces médecins, toxiques, psychiatres sont la plupart du temps des médecins travaillant dans le service. Ces gardes ajoutent encore du surmenage à ces médecins dont les charges sont tout à fait excessives.

Par ailleurs, 5 équipes de 5 externes assurent la garde, les externes représentent un élément capital dans le fonctionnement du service mais leur efficacité à beaucoup diminuer pour deux raisons :

- La durée du stage est actuellement de 4 mois, durée insuffisante pour connaître un fonctionnement du service complexe et pour avoir une responsabilité de façon efficace.

- Beaucoup déclarent qu'ils viennent pour apprendre et non pour rendre service à l'hôpital. C'est pourtant en jouant le rôle du médecin thérapeute avec ses actes nobles mais aussi ses activités routinières que l'on peut le mieux apprendre.

Les infirmiers au nombre de 16 assurent un roulement : environ 6 le matin, 3 l'après midi et 2 la nuit. Chiffre très insuffisant mais on ne peut alourdir davantage une activité déjà très chargée.

2 - Profil du maladea) Sexe

3202 hommes	)	Total = 6568
3366 femmes		

b) Age moyen 45,10c) Situation de famille

Enfant	20
Célibataire	2098
Marié	2760
Veuf	944
Séparé	254
Divorcé	379
Vivant Marit.	112
Total	6567

d) Nationalité

Française	5603	21 nationalité inconnue
Etrangère	944	
Total	6547	

e) Département d'origine

Départements limitrophes

Rhône	5751
Ain	172
Loire	77
Isère	247

6247 soit 95,11 % des malades de N₁

Région Rhône-Alpes

Ardèche	19
Drome	27
Savoie	3
Haute-savoie	15

64 soit 0,97 %

Plus de 96 % des malades viennent des départements limitrophes et de la région Rhône-Alpes.

3 - Répartition des diagnostics

	A	B	C
Tentative de suicide	2079	31,65	<u>84,10</u>
CO	236	3,59	<u>74,92</u>
Ivresse DT	232	3,53	57,43
Toxicomanie	76	1,15	<u>81,73</u>
AVC	136	2,07	17,22
Cardio-vasculaire	480	7,30	39,15
Malaises - Vertiges	232	3,53	35,42
Pneumologie	298	4,53	40,38
Digestif	200	3,04	41,67
Hématémèse	413	6,28	<u>85,86</u>
Dg psychiatrique	595	9,05	45,52
Autres intoxications	158	2,40	<u>83,16</u>
Totaux	5135	78,12 %	

A = Nombre de malades hospitalisés à N_1 en fonction du diagnostic déterminé en abscisse.

B = Pourcentage correspondant à la proportion de malades hospitalisés pour un diagnostic déterminé par rapport au nombre de sujets entrant à N_1 soit 6568 cas.

C = Pourcentage correspondant à la proportion de sujets hospitalisés pour un même diagnostic par rapport à l'ensemble des malades entrant à N au cours de l'année 1975.

L'ensemble des intoxications d'origine médicamenteuse volontaires ou non. Alimentaire ou à l'oxyde de carbone, ainsi que les ivresses et les hématoméses sont dirigées à l'office 1. Alors que celui-ci ne reçoit que 17,2 % des AVC entrant au service de porte.

Les problèmes psychiatriques sont distribués à part égale au niveau des deux offices 1 et 3.

Ce tableau illustre donc bien une tendance chez la spécialisation des différents services, en l'occurrence l'office 1, vers les problèmes toxiques, et, hémorragiques, digestifs.

L'ensemble des diagnostics évoqués représente près des 80 % des admissions dans cet office : les autres diagnostics sont rappelés page suivante.

Cancer avancé	54
Misère physiologique	60
Sérilité	94
Noyade - Pendaison	35
Comportements anormaux	6
Cas sociaux	41
Autres sociopathies	10
Diabète	81
Epilepsies - Convulsions	153
Comas X	50
Autres neurologies	118
Grippe	13
Epiëstaxis	7
Coliques néphrétiques	50
Appareil rénal	82
Arrêt cardio-respiratoire	13
Infection	104
Hépatite	18
Dermato urticaire	34
Gynéco obstétrique	12
Hématologie	38
Rhumatologie	59
Endocrinologie	25
Lésions traumatiques	47
Gangrène	1
Affections chirurgicales	13
Autres médicaux	65
Divers	39
Pas de diagnostic	100
Totaux	1422

4 - Etude des malades toxiques

a) Etat civil

On a remarqué l'importance des malades toxiques (31,65 %) à l'intérieur de l'office N₁, c'est à dire 84,10 % des intoxications sont traitées à N₁.

Sexe

	hommes	femmes
Tentatives de suicide	656	1423
CO	105	131
Autres intoxications	90	68
Toxicomanie	55	21
Ivresse DT	177	55

D'après ce tableau on constate que les tentatives de suicides sont faites essentiellement par les femmes, 68,45 % (1423) . Une prédominance masculine presque logique au niveau de l'ivresse et du DT (76,29 %) et de la toxicomanie (72,4 %). L'alcoolisme en France étant essentiellement un problème masculin.

Age

	moyen	minimum	maximum
Tentatives de suicide	31,19	13,80	88,16
CO	38,64	14,13	90,47
Autres intoxications	38	15,32	94,52
Toxicomane	24,63	16,43	66,89
Ivresse DT	43,08	15,83	84,40

	TS	CO	Autre Into.	Toxico manie	Ivresse
Inférieur à 15	5	2	0	0	0
15 à 20	<u>380</u>	32	24	14	22
20 à 25	<u>463</u>	48	18	<u>37</u>	<u>28</u>
25 à 30	<u>398</u>	26	<u>25</u>	<u>16</u>	17
30 à 35	225	18	11	5	16
35 à 40	153	13	13	1	17
40 à 45	143	15	17	1	<u>30</u>
45 à 50	104	20	16	0	25
50 à 55	88	14	9	1	20
55 à 60	27	3	7	0	7
60 à 65	27	<u>14</u>	6	0	21
Supérieur à 65	66	<u>31</u>	12	1	<u>29</u>

Remarques : le pavillon N ne reçoit pas les enfants dont l'âge est inférieur à 15 ans et 3 mois.

x 60 % des T.S. ont un âge compris entre 15 et 30 ans (1241 cas sur 2079).

x Seulement 19 % des intoxications au CO ont un âge supérieur à 60 ans (45 cas sur 236 cas) et 20,1 % ont un âge compris entre 20 et 25 ans.

x Le pic maximum des autres intoxications se trouve entre 25 et 30 ans avec un pourcentage de 15,8 %.

x 28,1 % des toxicomanes surviennent entre 20 et 25 ans et 40,3 % entre 20 et 30 ans. Il s'agit donc d'une pathologie de sujet jeune.

x Pour les ivresses et DT on observe trois pics entre 20 et 25 ans (12,06 %), 40 et 45 ans (12,9 %) après 65 ans (12,5 %) mais il faut souligner que 9,5 % des sujets avaient entre 15 et 20 ans. Ce groupe de malades englobe aussi bien l'alcoolisme chronique que l'ivresse passagère à l'occasion d'un évènement personnel nouveau : (réussite d'un examen, départ à l'armée etc...).

Situation de famille des sujets intoxiqués

	TS	CO	Ivres DT	Tox.	Autres intox.	Totaux
Enfant	7	5	0	0	1	13
Célibataire	867	66	107	59	56	1155
Marié	850	118	79	10	84	1141
Veuf	72	20	23	1	10	126
Séparé	121	5	8	3	1	138
Divorcé	116	7	13	1	4	141
Viv. Marit.	46	15	1	2	2	66
Totaux	2079	236	231	76	158	2780

x Les tentatives de suicide dont la moyenne d'âge est jeune (31 ans) sont réalisées par les célibataires (42 % des TS) et les sujets mariés (41 %) l'ensemble correspondant à un pourcentage total de 83 %.

x 50 % des malades intoxiqués par l'oxyde de carbone sont mariés. Il n'est pas rare de voir arriver une famille entière ou plusieurs membres d'une même famille pour ce genre d'intoxication.

x 46 % des ivresses sont des sujets célibataires. Alors que 53 % des intoxications diverses (alimentaires, thérapeutiques, accidentelles) correspondent à des sujets mariés.

x Enfin, les toxicomanies sont constituées de 78 % de sujets célibataires.

b) Admissions des malades toxiques selon le jour et le mois

- Selon le jour

	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim	Totaux
TS	323	308	299	305	296	274	274	2079
CO	21	28	25	37	39	34	52	236
Ivresse DT	33	44	40	27	29	34	25	232
Toxicom.	13	9	16	10	14	6	8	76
Autres	23	30	16	30	25	25	9	158
Totaux	413	419	396	409	403	373	368	2781

Remarques :

- Les intoxications au CO surviennent surtout le dimanche (52 cas). Les gens restent chez eux le dimanche pendant les mois d'hivers. Ils sont donc soumis aux risques d'intoxication à l'oxyde de carbone par un chauffage mal adapté ou mal réglé.

- A l'inverse, le dimanche est un jour creux pour les TS, toxicomanies, ivresses et autres intoxications, alors que le lundi est en général un jour de pointe. Le début de la semaine est dans son ensemble mal supporté par les malades dont le psychisme est instable. Le contact avec les responsabilités du travail et la monotonie de la vie sont souvent les catalyseurs d'une tendance suicidaire.

- Selon le mois

MOIS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Totaux
TS	182	154	213	199	194	173	191	125	153	168	176	151	2079
CO	15	22	23	26	25	8	6	4	5	30	32	40	236
Ivresse DT	19	19	22	19	19	22	10	14	13	27	22	26	232
Toxico- manie	6	3	11	10	7	6	10	5	3	2	4	9	76
Autres intox.	17	14	15	13	10	13	11	12	19	15	7	12	158
Totaux	239	212	284	267	255	222	228	160	193	242	241	238	2781

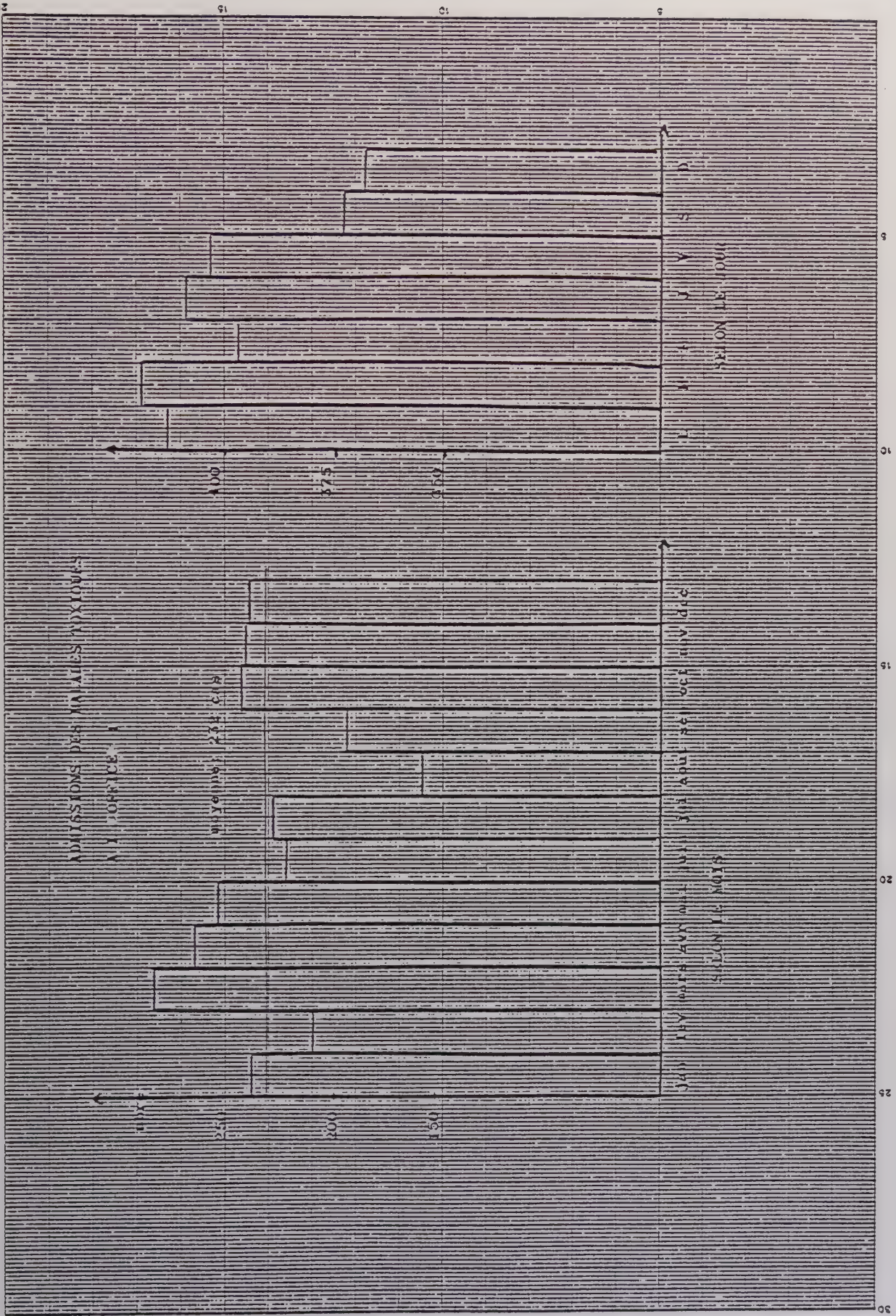
- La moyenne d'admission est de 232 intoxications diverses par mois. Le graphique illustre bien :

- Le phénomène migratoire durant le mois d'août avec 160 cas.

- Le mois de septembre compte 193 admissions seulement ;

- Mars, avril, mai ainsi que les trois derniers mois de l'année voyent arriver un grand nombre d'intoxications diverses (nette augmentation des intoxications au CO pendant les périodes hivernale et printanière. Mais aussi des TS et des ivresses).

LES PAPIERS CARSON FRANCE



c) Mode de sortie

	TS	CO	Autres intox.	Toxico- manie	Ivresse DT
non séjourné	26	3	2	0	3
Mutation	190	12	12	11	32
Transfert HCL	37	0	13	1	59
Décès	9	0	1	0	2
Fugue	22	0	0	3	5
Décharge simple	84	3	0	3	7
Inconnue	32	5	3	5	2
Sortie normale	1679	213	127	52	122

L'ensemble de cette population se chiffre à 2787 sujets, 79 % (2193) sortent normalement c'est à dire qu'ils retournent à leur domicile, 9,2 % (257) sont mutés dans un autre établissement, 4 % sont transférés à HCL.

Au niveau des TS, on trouve le nombre le plus important de fugues 22 (soit 1 % des TS) de décharges simples 84 (4 % des TS).

Mode de sortie des malades toxiques

- Tentative de suicide

80,8 % de ces malades soit 1679 sujets quittent l'hôpital en sortie normale. C'est à dire que 72 % (1496 sujets) rentrent chez eux et 8,8 % (183 sujets) sont envoyés soit dans un établissement psychiatrique, (vinatier 65 cas, St Jean de Dieu 31 cas, Chavannerie 20 cas, Champvert 17 cas etc...).

9,2 % sont mutés à l'intérieur même de HEH et souvent à l'intérieur même du pavillon passant d'un service d'urgence à un service de médecine lente N₄ ou N₂.

1,8 % sont transférés dans un autre hôpital civil de Lyon (hôpital neurologique, 6 cas, Mangini gensoul 6 cas, Henry Martin 7 cas, Jules Courmont 4 cas etc...)

22 sujets soit 1 % a fugué.

84 sont partis sur décharge simple refusant ainsi tous soins et toute hospitalisation.

Enfin 26 n'ont pas séjourné à N et 32 ont une destinée inconnue.

Les intoxications à l'oxyde de carbone

200 sujets (94 %) quittent l'hôpital pour rentrer chez eux.

12 ont été mutés à l'intérieur de HEH

3 sont partis sur décharge simple.

Etablissements destinataires autres que HCL

Etablissements psychiatriques

	TS	CO	Ivres. DT	TM	Autres intox.
Vinatier	65	0	3	5	1
St Cyr Mt d'Or	5	0	1	0	0
St Jean de Dieu	31	0	4	1	1
St Jean de Bonnefond	1	0	0	0	0
St Egrève	1	0	0	0	0
Centre psychologique de vio	1	0	0	0	0
Chavannerie	20	0	0	0	1
St Vincent de Paul	4	0	1	0	0
Villa des Roses	8	0	0	0	0
Champvert	17	-	-	-	-
Verbe incarné	3	-	-	-	-
Mon Repos	6	-	1	-	-
Selin	8	-	-	-	-
Autres	6	-	-	-	-
Totaux	176	0	10	6	3
Etablissements extérieurs					
Vienne	2	2	-	-	-
Villefranche	1	-	-	-	-
St Foy	1	-	2	-	-
Autre	3	0	2	-	-
Totaux	7	2	4	0	0
Etablissements psychiatriques + établissements externes					
	183	2	14	6	3

Transfert HCL

	TS	CO	Ivres. DT	TM	Autres	Totaux
Hotel Dieu	-	-	13	-	5	18
Jules Courmont	4	-	21	1	2	28
Antiquaille	3	-	1	-	-	4
Croix Rousse	2	-	8	-	2	12
St Eugénie	3	-	14	-	1	18
Charpennes	2	-	1	0	1	4
Hôpital neurologique	6	-	1	-	-	7
Hôpital cardiologique	3	-	-	-	2	5
Henry Martin	7	-	-	-	-	7
Magini Gensoul	6	-	-	-	-	6
Henry Gabrielle	1	-	-	-	-	1
Totaux	37	-	59	1	13	10
MUTATIONS	192	12	32	11	12	259

5 - Analyse des malades psychiatriques

Lorsque nous parlons de malades psychiatriques, nous parlons de sujets avec ou sans passé psychiatrique, arrivant à l'hôpital pour un accès aigu.

Cet accès aigu peut se révéler par des moyens très divers qui rendent le problème très complexe. Ce peut être une agitation aiguë, une crise d'angoisse, d'hystérie, de dépression, un état confusionnel, un délire ou plus simplement une ivresse, une tentative de suicide, ou une toxicomanie. De sorte que le chapitre des malades toxiques s'intrique dans le chapitre des malades psychiatriques.

L'ensemble des malades purement psychiatriques correspond à 595 cas soit 9,05 % des sujets hospitalisés dans le service, rappelons que les ivresses, DT et toxicomanies représentent 308 cas soit 4,68 % des cas hospitalisés.

a) Etat civil

Sexe :

	masculin	féminin	totaux
Dig. psychiatrique	316	279	595
Toxicomanie	55	21	76
Ivresse DT	177	55	232

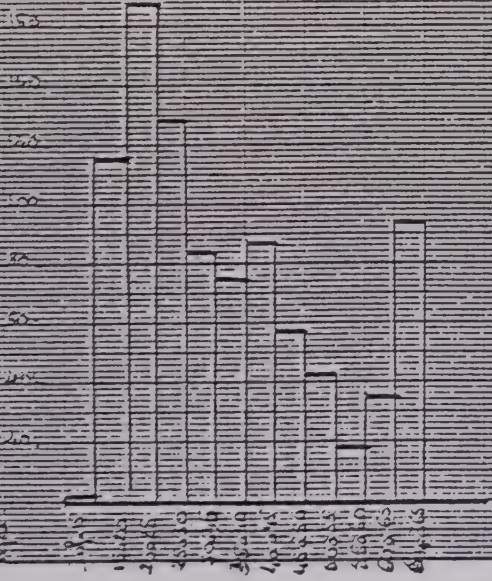
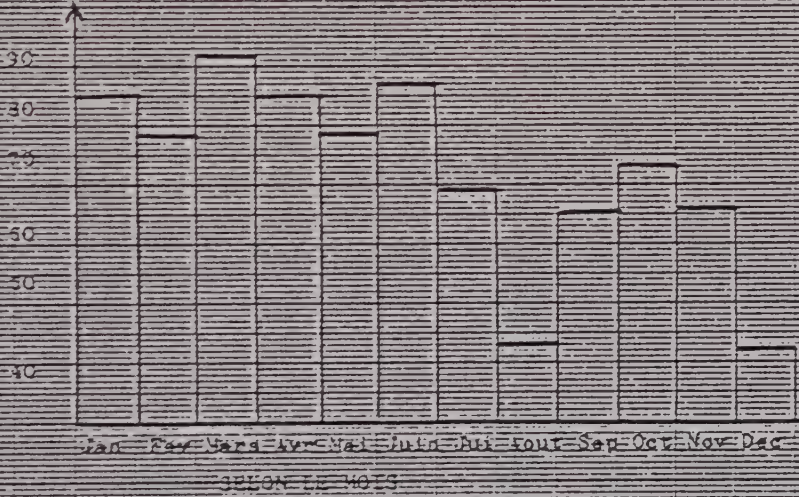
Il existe une prédominance très nette d'hommes avec 76 % d'hommes pour les ivresses et les délirium tremens et 72 % d'hommes pour les toxicomanies. Enfin, les autres diagnostics psychiatriques sont formés de 47 % de femmes.

Age :

L'âge moyen d'un toxicomane est très faible : 24 ans, alors que celui des ivresses est de 43 ans et celui des autres diagnostics psychiatriques de 37 ans.

	moyen	minimum	maximum
Dig. psychiatrique	36,94	13,37	95,68
Toxicomanie	24,63	16,43	66,89
Ivresse DT	43,08	15,83	84,40

REPARTITION DES ADMISSIONS DES MALADIES PSYCHIATRIQUES A L'OSPICE



	Psychiatrique	Toxicomanie	Ivresse DT	Totaux
Inférieur à 15	2	0	0	2
15 à 20	79	14	22	115
20 à 25	101	37	28	166
25 à 30	95	16	17	128
30 à 35	62	5	16	83
35 à 40	57	1	17	75
40 à 45	56	1	30	87
45 à 50	32	0	25	57
50 à 55	22	1	20	43
55 à 60	11	0	7	18
60 à 65	14	0	21	35
Supérieur à 65	64	1	29	94
Totaux	595	76	232	903

b) Admission selon le jour et le mois

- Selon le jour

	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim
Ivresse DT	33	44	40	27	29	34	25
Toxicomanie	13	9	16	10	14	16	8
Psychiatrique	90	91	100	102	85	68	59
Totaux	136	144	156	139	128	108	92

. Le maximum d'entrée des malades psychiatriques se fait au milieu de la semaine. Alors que le samedi et le dimanche restent inférieurs à la moyenne qui est de 129 admissions par jour.

- Selon le mois

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Totaux
Ivresse DT	19	19	22	19	19	22	10	14	13	27	22	26	232
Toxicomanie	6	3	11	10	7	6	10	5	3	2	4	9	76
Psychiatrique	60	56	59	56	52	59	49	24	49	44	40	7	555
Totaux	85	78	92	85	78	87	69	43	65	73	66	42	863

Ici encore, le mois d'août est un mois creux avec 43 cas seulement. Cependant le nombre d'entrées psychiatriques dites "pures" est faible pendant les mois de décembre, octobre et novembre. Janvier, mars et mai sont les mois les plus chargés avec environ 60 entrées de psychiatriques.

Les admissions psychiatriques se font donc de façon anarchiques tout au long de l'année.

c) Mode de sortie

Le mode de sortie des malades psychiatriques peut s'énoncer sous la forme suivante :

	Psychiatrie	Toxicomanie	Ivresse DT	totaux
Non séjourné	14	0	3	17 1,7 %
Mutation	97	11	32	140 28 %
Transfert HCL	54	1	59	114
Sortie simple	397	52	122	571 63,9 %
Décès	4	0	2	6 0,7 %
Fugue	9	3	5	17 1,9 %
Décharge simple	11	3	7	21 2,3 %
Inconnue	7	5	2	14 1,4 %
Totaux	593	75	232	900

Ainsi 571 malades (soit 63 %) sont partis du pavillon d'urgence médicale en sortie normale. En fait, 121 d'entre eux soit 13,4 % ont été envoyés dans un autre établissement en dehors des hospices civils de Lyon. Pour la majorité, ils ont été conduits vers l'hôpital du Vinatier (49 %), mais aussi à St Jean de Dieu, et vers les cliniques telle que St Vincent de Paul, la Chavannerie ou Champvert, comme l'indique le tableau suivant :

	Ivresse DT	Toxicomanie	Autre psych.	Totaux
Vinatier	3	5	51	59
St Jean de Dieu	4	1	10	15
Champvert	-	-	12	12
La Chavannerie	-	-	11	11
Mon repos	1	-	9	10
St Cyr aux Montsd'Or	1	-	2	3
St Vincent de Paul	1	-	1	2
Le Sernay	-	-	2	2
Autres	-	-	7	17
Totaux	10	6	105	121

450 malades dont le départ est étiqueté sortie normale sont de ce fait rentrés chez eux. C'est à dire 50 % des malades psychiatriques. Ce pourcentage voisinerait les 70 % si on ajoutait à ces malades de psychiatrie pure les intoxications volontaires. Ces statistiques démontrent bien l'importance de la prise en charge par les médecins psychiatres, après la sortie de l'hôpital de ce type de malade, grâce à un service de consultation.

Par ailleurs, 140 (soit 15,6 %) sujets ont été mutés à l'intérieur même de HEH, et, 114 (soit 12,7 %) autres ont été transférés dans un autre hospice civil de Lyon, (essentiellement dirigés vers Jules Courmont ou St Eugénie ou la Croix Rousse comme l'indique le tableau suivant :

	Ivresse DT	Toxicomanie	Autres Psy.	Totaux
Jules Courmont	21	1	7	29
St Eugénie	14	0	10	24
Croix Rousse	8	0	6	14
Hôtel Dieu	13	0	5	18
Neurologique	1	0	9	10
Antiquaille	1	0	7	8
Henry Martin	-	-	4	4
Mangini Gensoul	-	-	3	3
Cardiologique	-	-	2	2
Charpenne	1	-	1	2
Totaux	59	1	54	114

C'est parmi les malades psychiatriques et intoxications volontaires que l'on dénombre le plus de fugue (ici 1,9 %), de décharge simple (2,3 %).

Enfin, on note 0,7 % de décès.

6 - Etude des malades somatiques

L'ensemble de ces malades représente une population de 1769 sujets.

a) Etat civil

. Sexe

	Hommes	Femmes	Totaux
Accidents vasculaires cérébraux	58 (43 %)	78	136
Cardio-vasculaire	231 (48 %)	249	480
Malaises - Vertiges	133 (57 %)	99	232
Pneumologie	166 (56 %)	132	298
Digestif	111 (55 %)	89	200
Hématémèse	288 (70 %)	125	413

Une nette prédominance masculine (70 %) pour les hématomoses qui sont, souvent, l'aboutissement d'un alcoolisme chronique. Par ailleurs la répartition des sexes se fait à part égale, avec peut être une légère majoration d'hommes pour les malaises-vertiges, la pneumologie et le digestif.

. Age

	Age moyen	Minimum	Maximum
AVC	71,9	21,8	95,2
Cardio-vasculaire	67	17,4	94,8
Malaises - Vertiges	53,8	15,4	93
Pneumologie	60,4	14,9	94,4
Digestif	54,8	15,6	95,1
Hématémèse	57,9	18,4	95,7

	AVC	CV	Mal. Vert.	Pneum.	Dig.	H.D.
Inférieur à 15 ans	0	0	0	1	0	0
15 à 20 ans	0	3	13	2	6	2
20 à 25 ans	1	6	18	16	11	6
25 à 30 ans	0	10	21	19	10	14
30 à 35 ans	0	7	9	12	13	18
35 à 40 ans	1	5	7	11	10	26
40 à 45 ans	1	15	14	16	15	41
45 à 50 ans	4	16	19	18	20	34
50 à 55 ans	7	38	16	22	20	42
55 à 60 ans	3	23	12	17	8	25
60 à 65 ans	11	49	14	13	18	48
Supérieur à 65 ans	108	308	89	151	69	157
Totaux	136	480	232	298	200	413

L'AVC est une pathologie du vieillard essentiellement, alors que les problèmes cardio-vasculaires apparaissent en petit nombre, certes, mais relativement tôt dans la vie, ainsi que pour les malaises vertiges.

Les autres pathologies somatiques augmentent avec l'âge, mais existe à un âge relativement jeune 20 - 25 ans.

b - Admissions selon le jour et le mois

Selon le mois

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
AVC	20	9	3	6	16	4	7	9	14	13	18	17	136
CV	49	57	50	40	38	39	25	25	38	45	39	35	480
Mal.	35	14	25	15	20	16	23	13	21	18	12	20	232
Pneumo.	39	26	34	32	9	22	19	21	28	21	20	27	298
Diges.	29	7	20	21	21	11	11	20	17	11	15	17	200
Hemat.	28	35	31	33	38	38	38	27	33	40	40	32	413
Totaux	200	148	163	147	142	130	123	115	151	148	144	148	1759

Les mêmes constatations sont faites en ce qui concerne les admissions selon le mois des malades toxiques. Le Mois d'août est très creux alors que janvier atteint le maximum.

Selon le jour

Le vendredi et le dimanche notent peu d'entrées, alors que le début de la semaine et le samedi sont très chargés montrant ainsi que certains préfèrent attendre le lundi pour se faire soigner, alors que d'autres craignent l'absence de médecin traitant pendant le week-end.

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Sam	Dim	Totaux
AVC	21	28	16	21	14	19	17	136
CV	72	82	63	66	58	84	55	480
Mal.	34	39	31	30	37	33	28	232
Pneum.	46	41	45	43	32	46	45	298
Diges.	31	26	33	29	16	32	33	200
Hemat.	58	60	66	63	47	69	50	413
Totaux	262	276	254	252	204	283	228	1759

c - Mode de sortie

L'ensemble des sujets hospitalisés en urgence représente des états somatiques qui nécessitent une surveillance médicale prolongée. De sorte que la majorité ne peut rentrer chez elle, comme le prouvent les statistiques suivantes :

- Presque 70 % des sujets sont admis dans un établissement appartenant aux hospices civils de Lyon ou à l'intérieur d'un pavillon de HEH.

- L'ensemble des transferts dans les hôpitaux faisant partis de HCL représente 46,4 % et se fait de la façon suivante :

Transferts

	AVC	CV	MV	Pneu	Dig.	HD	Totaux
Hôtel Dieu	10	27	13	10	22	42	124
Jules Courmont	12	45	17	68	21	21	184
Antiquaille	7	11	15	4	2	1	40
Croix Rousse	7	55	13	51	16	42	184
St Eugénie	3	30	13	46	18	23	133
Charpennes	9	13	8	8	12	9	59
Neurologique	15	1	6	0	0	3	25
Cardiologique	1	41	3	13	1	3	62
Autres	0	2	3	0	0	0	5
Totaux	64	225	91	200	92	144	816

Les hôpitaux de Jules Courmont, la Croix Rousse, de St Eugénie et l'Antiquaille se partagent près de 77 % de ces transferts.

- Les mutations (à l'intérieur de HEH) correspondent à 406 cas (23,1 %) et sont répartis comme suit :

Accidents vasculaires - cérébraux	: 26 malades
Cardio-vasculaires	: 61 malades
Malaises - Vertiges	: 28 malades
Pneumologie	: 36 malades
Digestif	: 68 malades
Hématémèse	: 187 malades

- Près de 20 % des malades hospitalisés quittent le service en sortie normale. 14 % peuvent rejoindre théoriquement leur domicile. Alors que 5,8 % sont envoyés vers des établissements privés, ou psychiatriques et dont la répartition est dans le tableau de la page suivante :

	AVC	CV	Mal. Vert.	Pneu.	Dig.	HD.	Totaux
Etablissements privés							
Desgenettes (Rea)	0	6	0	1	1	0	8
Desgenettes (autres)	0	5	0	3	0	3	11
St Croix	3	5	7	6	6	3	30
Trarieux	1	6	3	2	1	4	17
Tonkin	0	13	1	0	0	0	14
Autres	0	8	0	3	1	4	16
Totaux	4	43	11	15	9	14	96
Etablissements psychiatriques							
St Cyr au Mont d'Or	0	1	0	0	0	0	1
St Jean de Dieu	0	0	1	1	0	0	2
Autres	1	1	0	0	0	1	3
Totaux	1	2	1	1	0	1	6

Enfin, 10 % des-malades sont soit :

- des décès 7 % ;
- des sujets ayant non séjournés 2,2 %
- des fugues ou des décharges 1,5 %.

Le tableau récapitulatif souligne donc bien la gravité des états pathologiques. D'une part avec un nombre très faible de sortie simple, et un taux relativement élevé de décès.

	AVC	CV	Mal. Vert.	Pneu.	Dig.	HD	Totaux
Non séjourné	0	32	4	1	1	1	39
Mutation	26	61	28	36	68	187	406
Transfert HCL	65	225	91	200	92	144	817
Sortie simple	13	137	98	43	26	31	348
Décès	28	20	5	15	11	44	123
Fugue	0	0	1	2	0	0	3
Décharge	4	2	1	1	2	5	15
Inconnue	0	3	4	0	0	1	8
Totaux	136	480	232	298	200	413	1759

REFLEXIONS GENERALES

Le fonctionnement de cet office N₁, et de l'office N₃ qui a une activité analogue, mais un peu moins pluridisciplinaire, est très particulier et difficile à faire comprendre.

A - L'organisation permet des bilans complets en un temps très court. Un travail résolu en 2 jours au Pavillon N nécessiterait 6 jours dans un service de médecine habituel. Ceci justifie à lui seul le prix de journée relativement élevé.

La grande majorité des malades arrive en fin d'après-midi et au début de la nuit. L'équipe médicale qui travaille la nuit prend une observation complète, les examens nécessaires (dosages toxicologiques, examens biologiques, électrocardiogrammes, radiographies) peuvent être effectués : le traitement est mis en oeuvre. Les malades toxiques sont vus par l'interne et un médecin de garde toxique.

Le matin, une observation complète est donc réalisée, les malades sont vus par des médecins permanents du service, un avis psychiatrique est demandé dans la matinée, dans la plupart des tentatives de suicide, les toxicomanies, les ivresses ; la famille ou l'entourage convoqués en fin de matinée sont vus par les médecins, une réunion entre le malade et la famille peut être réalisée permettant, sous la direction médicale, de se rendre compte de la nature des difficultés familiales.

Les examens complémentaires sont réalisés. Malade et entourage peuvent réfléchir sur leur problème. La surveillance des troubles médicaux, l'efficacité du traitement est effectuée, et le lendemain une décision peut être prise.

En 48 heures, donc, pour une intoxication banale, une observation comprenant des éléments médicaux, psychiatriques, sociaux peut être réalisée, et le travail réalisé en deux jours est sensiblement identique à celui réalisé en une semaine dans une structure hospitalière normale.

Le caractère bref de cette hospitalisation est d'ailleurs utile pour les malades. Beaucoup d'entre eux ont des manifestations caractérielles et supportent mal l'hospitalisation. Ils n'acceptent pas une hospitalisation dépassant quelques jours.

Enfin, un système de consultation fonctionne matin et après-midi, et permet de suivre régulièrement certains de ces malades après leur sortie.

B - Est-il justifié de recevoir dans un même service l'urgence médicale et l'urgence psychiatrique ?

Une partie des urgences bien étiquetées est soignée dans des services spécialisés :

- l'infarctus du myocarde à l'hôpital cardiologique ;
- l'insuffisance rénale aiguë à la clinique néphrologique ;

- et la maladie mentale tel accès maniaque ou de mélancolie à l'hôpital psychiatrique.

Bien souvent ces organismes sont pleins et ne peuvent recevoir qu'en fonction de leur lits restant libres. D'autre part, il est parfois difficile de faire hospitaliser un malade en psychiatrie pendant la nuit.

C'est ainsi que toute cette pathologie arrive au pavillon d'urgence médicale.

Par ailleurs l'urgence diverse prise en charge par des non médecins : pompiers, volontaires etc..., dont le diagnostic n'a pas été fait, et qui nécessite une prise en charge immédiate, est reçu à la porte de N où le diagnostic et le triage des malades sont réalisés.

Enfin, les urgences médicales et psychiatriques sont souvent mélangées. Il paraît illusoire de prévoir un service d'urgence psychiatrique dite "pure".

Les exemples suivants en sont la preuve :

- un agité amené à l'hôpital : est-il un cardiaque ou un pyrexie d'origine inconnue dont l'agitation n'est qu'un symptôme et qui exige un bilan complet.
- cet ivrogne qui vomit du vin est-il une banale "cuite" ou le début d'un hématome extra-durale consécutif à une chute.
- le suicidant qui a absorbé des médicaments doit être traité pour son intoxication et pour son trouble du comportement.

Ce sont ces difficultés qu'une urgence psychiatrique soit si difficile à résoudre dans les hôpitaux psychiatriques, certes dans ces hôpitaux un service d'accueil médical peut prendre en charge un nombre notable de ces malades, mais, son activité reste limitée pour des raisons mentionnées ci-dessus.

Que représente l'activité de l'équipe médicale psychiatrique du service d'urgence ?

Le Professeur COLIN l'avait magistralement exposé dans un article récent :

"La spécificité de l'urgence s'affirme chaque jour davantage. Conçue tantôt comme une porte destinée autant à refouler les petits risques qu'à leur apporter une réponse minutée et standardisée, tantôt comme une garde (de nuit) assurée à tour de rôle par des spécialistes dont l'intérêt est visiblement ailleurs, l'urgence a tendance aujourd'hui à se poser, aux côtés de la Médecine et de la Chirurgie, comme l'un des pôles constitutifs d'une nouvelle Trilogie Hospitalière.

L'urgence apparaît ainsi comme le complément direct de la spécialisation. Plus la spécialité développe son infrastructure technique, plus ses canaux d'admission deviennent exigeants et difficiles à franchir ; et les exclus de la spécialité convergent à l'urgence. Créée de toute pièce en contrepoint par le phénomène de spécialisation, l'urgence peut être ressentie comme anti-spécialité concurrente à chaque spécialité respective avant d'être reconnue à son tour comme une quasi-spécialité.

Le service d'urgence n'a pas le monopole de l'urgence, et chaque spécialité ou chaque service public ou même privé, peut assurer une partie de

"son urgence". Mais, à son tour, le S.U.M. qui fonctionne sur un régime de production continue, recueille tous les exclus de cette présélection prélevée sur la masse de la clientèle se réclamant de l'urgence. On confond souvent Urgence et Réanimation ; or cette dernière discipline prend en charge un petit pourcentage des malades venant en Urgence : au Pavillon N, sur 100 malades se présentant, 3 seulement sont hospitalisés dans l'unité de Réanimation.

La physionomie de cette clientèle du S.U.M. n'est représentative ni de la population générale, ni de la clientèle hospitalière courante. Il s'agit d'une clientèle qui se situe aux antipodes de la clientèle privée, c'est celle dont la demande ou la détresse excède les ressources d'une réponse maintenue dans le champ d'une relation privée. Les caractéristiques socio-économiques, de classe d'âge, de niveau psycho-culturel sont déterminantes de la morphologie de l'appel. Celui-ci doit atteindre un certain seuil d'intensité pathétique, de charge émotionnelle, de représentation dramatique pour avoir quelque chance d'être entendu, et que le processus de déclenchement qui amènera le patient au Centre de Crise (Crisis Center des anglo-saxons) puisse se mettre en route.

Cette population en détresse est donc essentiellement médico-légale, en ce sens que son appel quitte le domaine privé pour retentir au niveau public. Pour aussi personnelle et aussi personnalisée que soit la relation clinique en milieu d'urgence, la participation d'un tiers est requise bien au-delà de l'abstrait tiers payant, comme interlocuteur indispensable à l'élaboration du programme thérapeutique. Tout l'appareil des lois et des règlements est mobilisé pour le traitement au même titre que toutes les ressources pharmacologiques pour psycho-thérapique. Le commissariat, le Consulat, le Parquet, la Sécurité Sociale, la DASS, l'Education Surveillée, le Secteur et tant d'autres sont sollicités comme instance participant (et non rejetante), directement engagée dans la résolution du conflit. Même l'apparente spontanéité de la demande chez ces malades qui paraissent se présenter de "leur plein gré" dissimule mal le jeu des pressions sociales qui se sont exercées pour désigner précisément celui-là comme le porte-parole (ou le bouc-émissaire) de la souffrance du groupe, qu'il s'agisse du groupe restreint au couple ou à la famille ou du groupe élargi au voisinage, à l'atelier, à la cité toute entière.

L'ouvrière suicidante, l'adolescent drogué, le buveur agité, le vieillard affaibli, l'étranger égaré, le travailleur diminué, autant de messagers, qui cheminent dans les canaux d'exclusion et de rejet de la cité, comme les produits d'un catabolisme inexorable.

Comme pour consacrer le caractère institutionnel et réglementaire de ce processus, les agences de contrôle en uniforme se mobilisent et participent activement à la rapidité et à l'efficacité de l'admission. Selon les lieux d'implantation du S.U.M., les Services de Police Secours assurent entre un tiers et deux tiers des admissions. Les Services de Pompiers débordent parfois, et sans succès, de la clientèle des intoxiqués à celle des agités. Les services pénitentiaires égrènent leurs détenus suicidants ou "faméliques" qui se mêlent à la clientèle des gardes à vue dans des chambres étroitement surveillées. Jusqu'au convoyeuses en uniforme de la Croix Rouge Française qui prêtent leur concours au transfert de quelques cas sociaux délaissés par l'indescriptible flotille des ambulances privées.

Ce tableau à peine caricatural des processus véhiculaires en amont, souligne encore le caractère médico-légal de la fonction d'urgence, à la fois par la spécificité polymorphe de sa clientèle, et par la spécificité des

agences de contrôle qui la prennent en charge et requièrent le clinicien "légiste".

Il est manifeste aussi que l'urgence rassemble une pathologie des conduites, c'est-à-dire, plus ou moins en rapport avec un phénomène de transgression ou de déviance : conduites suicidaires, toxicomaniaques, sexopathiques, alcooliques, migrantes, clochardes, divorçantes, ergopathiques, abortives. Le souci d'éviter une stigmatisation arbitraire autant que le mouvement accéléré de décriminalisation, orientent vers le S.U.M. l'ivresse titubante plutôt qu'au commissariat, l'avortement thérapeutique plutôt qu'à l'officine clandestine, la toxicomanie plutôt qu'à la prison, l'inadaptation juvénile plutôt qu'au Tribunal pour Enfants, la crise d'hystérie ou la tentative de suicide plutôt qu'à l'Hôpital Psychiatrique. Les consultations médico-légales accueillent par milliers au Service d'Urgence, les alcooliques routiers, les victimes d'attentats sexuels, les incapables majeurs, les victimes de coups et blessures et, par dessus tout, la précipitation des avortantes en détresse.

On peut dire que le Service d'Urgence est directement branché sur le public, en prise directe sur les palpitations et les convulsions de la cité. Il recueille pêle mêle les blessés et les brisés de la mégapole, l'armée des exclus et des laissés pour compte, ceux qui vont mourir et qui viennent y mourir, ceux qui ont eu plus de peur que de mal.

L'angoisse et la dépression sont les deux mamelles de l'Urgence avec leur cortège de défenses hystéro-maniaques au caractère spectaculaire.

Comment organiser les secours dans un tel chantier qui rappelle parfois la Cour des Miracles ?

Il faut affirmer ici que l'Urgence est un lieu de mobilisation privilégiée de toutes les ressources thérapeutiques. Trop d'exemples ont pu faire apparaître l'urgence tantôt comme une gare de triage capable d'assurer une ventilation rapide des malades après une brève évaluation diagnostique ; tantôt comme un lieu d'hibernation désertique où le malade est abandonné à lui-même en attendant la ronde bi-quotidienne du médecin certificateur. Dans les pires cas, la fonction répressive prime manifestement les pré-occupations thérapeutiques qui apparaissent furtivement à travers le réseau de sécurité.

Le Service d'Urgence Médicale (S.U.M.) se construit plutôt sur le modèle d'une fourmilière thérapeutique qui permet seule par la multiplicité d'actions diversifiées de répondre à l'extrême variété des situations paroxystiques. Il devient un lieu de traitements multiples et intensifs agencés de façon complexe. Le réanimateur et le toxicologue clinicien, l'interniste et le psycho-thérapeute se retrouvent au chevet du même malade qui n'appartient en propre à personne, mais réclame les soins de tous : le suicidant en est un bon exemple qui peut présenter à la fois un coma et une dépression, une complication pulmonaire et une intoxication complexe. L'intervention de ces divers spécialistes exigerait plusieurs semaines de "repiquages successifs" dans leurs services respectifs.

Ici, un traitement synthétique peut être effectué en quelques jours ; s'il peut même dépasser le stade d'une simple juxtaposition d'éléments bénéfiques il atteindra à ce "complexe thérapeutique" qui permet seul d'économiser les posologies excessives (F. DAGOGNET).

La durée du séjour est très faible, et, en moyenne, n'excède pas deux jours : en effet, nombre de situations morbides comportent un traitement et

une sédation rapides qui, si elles exigeaient l'hospitalisation, ne justifient pas sa prolongation. Un malaise sur la voie publique, une crise d'épilepsie ou de coliques néphrétiques, une intoxication volontaire bénigne ou oxycarbonée accidentelle, une ivresse excito-motrice ou un accident allergique... autant de situations qui peuvent s'amender en quelques heures, et permettent sans élever la moyenne de séjour de garder un accident vasculaire cérébral plusieurs semaines sinon jusqu'à sa mort, ou un jeune toxicomane en état de mal suicidaire.

Enfin, le Service d'Urgence, permet de réduire l'écart entre la médecine somatique et la médecine psychique. Chacune de ces composantes est étroitement mêlée chez le malade urgent. L'accident somatique aigu (par exemple coronarite thrombosante) comporte souvent un retentissement psychique nécessitant une approche ou, au moins, un environnement psychothérapique, et l'accès psychiatrique aigu, (cf. : délirium, bouffées délirantes) exige des soins somatiques très attentifs. Dans les deux cas, l'entourage bouleversé et très impliqué dans la crise, réclame un accueil et, parfois, une prise en charge psychothérapique.

Sans doute, certaines dominantes s'imposent et l'hémorragie digestive mobilise en priorité l'équipe interniste, comme l'invasion psychotique, l'équipe psychothérapique. Mais l'urgence permet de réaliser la mixité somato-psychique en réunissant dans une même unité de soins le vasculaire et le déprimé, l'asthmatique et le psychotique. Ainsi se trouve en partie exorcisée la surcharge superstitieuse dont s'entoure la folie et, peu à peu, la médecine renoncerait à un mode d'existence dissociée.

Certains diront que c'est le malade mental surtout qui bénéficie de cette reconnaissance à l'Hôpital général, et, c'est un fait, que se manifestant plus précocement, il présente volontiers sa demande sur un mode somatique, invitant à une approche corporelle avant d'affronter la verbalisation. Mais aussi, le malade somatique le plus traditionnel bénéficie des méthodes relationnelles et institutionnelles - telles les réunions soignants-soignés - qui permettent de ne pas prolonger inutilement la régression et de limiter les effets infantilissants du système. Tout comme le lever précoce instauré par le chirurgien, la parole précocement rendue au malade, hâte sa guérison.

L'Urgence permet ainsi à la Médecine Légale et à la Psychiatrie de renouer une alliance séculaire à l'écoute des besoins nouveaux du malade et de la Cité dans une fidélité commune à leur vocation médico-sociale".

C - Que représente l'urgence sur le plan toxicologique ?

Cette unité hospitalière de soins a été la base de toute l'organisation toxicologique du Centre Hospitalier et Universitaire.

C'est la spécialisation et la prise en charge globale, tant sur le plan somatique que le plan psychologique qui a eu comme conséquence l'augmentation constante de l'admission des intoxications. Le chiffre actuel justifie pleinement la création d'un service hospitalier de toxicologie.

Les soins donnés aux intoxiqués nécessitent une documentation sur le produit volontairement ou accidentellement absorbé ; c'est par suite de cette documentation et aux médecins compétents en toxicologie que se sont créés les centres Anti-poison.

Documentation et compétence sont mis à la disposition du public, des malades et des hôpitaux d'une région, par liaisons téléphoniques, des répondants aussi qualifiés que possible assurent 24 heures sur 24 ce service.

La fréquence des suicidants a donnés aux psychiatres de ce service une expérience exceptionnelle en suicidologie, et c'est ainsi que s'est créé le groupe "Fred" en suicidologie.

Lorsque la lutte contre la toxicomanie a été organisée, c'est aux centres antipoison qui réunissaient compétence en toxicologie et psychiatrie qu'a été demandé de coordonner la conduite à tenir contre la toxicomanie et la prise en charge de ce type de malade.

Et dans ce domaine la suite a été prise par la consultation d'alcooliques, dont s'occupe depuis plus de 20 ans le Professeur Rey BRYON, qui travaillait au pavillon N avant même que l'urgence n'arrive.

L'existence d'incidents parmi les malades hospitalisés, et les appels antipoison ont été l'élément de base du développement de la pharmacovigilance. De même que le nombre élevé des examens biologiques et toxicologiques demandés en urgence a permis d'organiser une permanence au laboratoire en pharmacie.

De toute cette expérience, une compétence certaine dans le domaine des intoxications aiguës, mais aussi chronique qui est à la base de la toxicovigilance.

Les éléments démontrent ce qui a pu être fait à partir d'un petit groupe de toxicologues.

Afin d'être efficaces, un travail de liaison et une collaboration est indispensable, cet aspect de l'activité toxicologique a été mis en évidence par un article récent du Professeur Roche.

"Le service lyonnais de toxicologie clinique a donc plusieurs caractéristiques, qui en font l'originalité.

a) L'activité médicale est la plus complète possible ; on a beaucoup reproché à la médecine actuelle d'être divisée entre différentes spécialités, et on a pu parler de "médecine en miettes".

On essaie devant une intoxication, de reconstituer l'ensemble de l'état pathologique du malade :

- l'étude somatique : tous les appareils peuvent être atteints, et les services de ce type, sont les derniers refuges des médecins généralistes ;

- mais d'une façon presque systématique, un bilan psychiatrique (qui a souvent plus d'importance que l'analyse des lésions du corps) est réalisé ;

- enfin, le malade est étudié dans son milieu familial lors de pathologie due à des conflits familiaux (conjugaux ou entre adolescents et parents), domestiques ou professionnels lors d'intoxications accidentelles, grâce aux réunions effectuées avec son entourage.

b) Le fonctionnement des services de pathologie toxique ont permis de montrer l'importance actuelle de la toxicologie dans la pathologie. Les centres Anti-Poisons sont en effet les seules organisations capables de fournir l'épidémiologie d'une intoxication. Ils montrent aussi les difficultés

de cette connaissance qui est mouvante : un produit chimique entraîne des incidents, puis, par suite des précautions prises, une pathologie disparaît ; des produits nouveaux sont mis sur le marché dont la toxicité était imprévue ; des relations entre des manifestations a priori banales et l'utilisation de tel produit chimique utilisé, en particulier comme médicament, sont recon-
nues.

c) Ce rôle dans la documentation, la connaissance de cette pathologie nécessiterait pour être réalisée de façon satisfaisante des moyens considérables.

En fait, les Centres Anti-Poisons ont des possibilités de travail très limitées, mais la spécialisation de toute l'équipe médicale dans ce domaine permet une rentabilité extraordinaire de ces organismes, comme le prouvent les services rendus avec si peu de moyens.

d) Mais un tel fonctionnement nécessite des liaisons avec tous les organismes qui s'intéressent à la toxicologie ; dans un pays comme le nôtre, de très nombreuses organisations s'occupent sur un plan théorique et expérimental de ces problèmes :

- laboratoires de recherche de l'industrie pharmaceutique ;
- laboratoires de recherche de l'industrie chimique, fabriquant, en particulier, des pesticides ;
- services s'intéressant à un titre ou à un autre aux problèmes de toxicologie.

Mais tous ces organismes s'ignorent en général, et l'établissement d'une carte de tout ce qui concourt à l'étude de la pathologie toxique, est un rôle des Centres Anti-Poisons : Service de soins et de réanimation d'une région tant pour les enfants que pour les adultes : organisations susceptibles de faire des analyses de produits ; laboratoires de recherches.

e) Une collaboration étroite est d'autre part nécessaire avec tous ceux qui sont concernés par la pathologie toxique :

- service de médecine du travail ;
- organisation sanitaire du monde agricole ;
- industries pharmaceutiques ;
- services de santé publique ;
- organisations d'hygiène mentale.

Les trois grandes causes d'intoxication en effet sont actuellement :

- le médicament avec la pathologie iatrogène ;
- intoxication volontaire le plus souvent par médicament représentant une réaction psychologique aux difficultés actuelles.

Dans ces centres anti-poisons sont rassemblés : tentatives de suicide, toxicomanies, non seulement à des produits légalement défendus, mais aussi à d'autres corps chimiques, mais aussi ivresses.

Il y a dans les services de toxicologie clinique, des possibilités de travail extraordinaires, pour étudier ces trois fléaux sociaux.

- Intoxications accidentelles, surtout fréquentes chez l'enfant.

Dans ces trois domaines, on retrouve l'association de la médecine clinique, de la psychiatrie et de la médecine sociale.

f) Sur un plan collectif, les Centres Anti-poisons représentent un organisme de secours permettant de donner immédiatement, à toute heure, un conseil et une aide clinique par téléphone ; les services hospitaliers de toxicologie clinique peuvent prendre en charge dans les mêmes conditions un malade grave.

Mais ces organismes, sont aussi les seuls qui permettent des statistiques sur la pathologie toxique ; ils permettent également de fournir des éléments en faveur de la suppression ou de la réglementation de l'utilisation de tel ou tel produit.

Ce sont enfin, des organes d'alerte qui permettent d'avertir très rapidement les pouvoirs publics des dangers de tel ou tel produit, et les surprises dans ce domaine sont fréquentes.

g) Un nombre élevé de marginaux ayant des conduites anti-sociales sont observées dans ce service.

La prise en charge psychologique et sociale de cette masse de malades n'est réalisée que de façon incomplète compte tenu du nombre insuffisant de médecins compétents.

Il y a là un poste d'observation extraordinaire sur toute cette pathologie de déviant : la façon dont la collectivité hospitalière accueille et soigne ces sujets ; les conditions de vie de cette population, le peu d'intérêt pour cette pathologie pourtant coûteuse dans ses conséquences, sont bien le reflet de l'attitude de la société.

La critique sur la conception actuelle de la médecine, le fonctionnement de notre société est criante dans les services de ce type ; on comprend là que le traitement médical n'est pas seulement une prescription médicamenteuse, ni même une prise en charge psychologique, mais un effort de la collectivité pour une meilleure harmonie sociale.

La prévention qui a été longtemps basée uniquement sur des mesures d'hygiène, doit actuellement déboucher sur l'étude du comportement.

Est pratiquée dans ce service ce qui est appelé à l'étranger une "Médecine Communautaire".

h) Il est fondamental que des organismes de cet ordre fonctionnent dans le cadre de l'hôpital : le personnel en particulier qui répond au Centre Anti-Poisons doit être le même que celui qui soigne les intoxiqués, puisqu'il donne par téléphone une véritable consultation médicale, fait un diagnostic et propose un traitement.

Grâce à l'hôpital, aux différents spécialistes médicaux qui y travaillent, peuvent être constamment, mis à jour, les connaissances sur la pathologie : c'est dans un centre hospitalier que peuvent être réalisés des services de soins d'urgence fonctionnant en permanence.

Ces organismes hospitaliers apportent à ces services les moyens nécessaires pour traiter ces malades, mais ne peuvent donner à ces organisations les moyens de réaliser pleinement leur fonction, de documentation, statistiques, relation avec les différentes organisations, rôle social, qui ont été rappelés rapidement ci-dessus.

Certes, le Centre Anti-Poisons de Lyon n'a pas pu se développer que grâce à l'aide apportée par les Hospices Civils de Lyon, mais une partie de l'activité du Centre Anti-Poisons dépasse les buts de l'hôpital public.

Le Conseil Général du Rhône, le Ministère de la Santé Publique, la Caisse Régionale d'Assurance Maladie apportent une aide au fonctionnement de ce centre, mais cette aide est actuellement insuffisante et en particulier il y a dans un organisme de ce type une pénurie de personnel permanent qui seul peut acquérir une véritable compétence."

D - L'ensemble de ce travail permet d'étudier au niveau de l'activité du service d'urgences médicales Lyonnais :

1 - La diversité des malades

4781 ont été hospitalisés pour des problèmes psychiatriques, (1711), ou toxiques (3070 cas) mais plus de 8000 présentaient une pathologie cardiaque (1225 cas), neurologiques (AVC = 790 cas), pneumologique (740), digestive (960) ou autres.

2 - L'organisation très structurée du pavillon N.

Elle permet une étude approfondie de chaque malade dans un minimum de temps. Le caractère particulier au service d'urgence en fait, un service de médecine général disposant des moyens d'examen les plus complexes, disponibles à toute heure du jour ou de la nuit.

L'équipe somatique peut demander le maximum d'examens qu'elle juge utile (NF. Iono, gaz du sang - ECG - EEG ou artériographie) au diagnostic et traitement d'urgence.

Les intoxications volontaires et les malades psychiatriques sont vus, seuls et avec l'entourage, par une équipe psychiatrique complète (médecins, infirmières, psychologues, éducateurs).

Le service de toxicologie de Lyon répond à tous les appels provenant de l'intérieur, mais aussi de l'extérieur de H.E.H.

3 - Une tendance vers une spécialisation des services.

Le service du Professeur ROCHE N₁ reçoit 84 % des tentatives de suicides, 81 % des toxicomanies, 86 % des hématomés. Les intoxications sont dans leur majorité dirigée à N₁. Alors que le service du Pr. BOURRAT accueille l'essentiel de la pathologie neurologique.

Les malades psychiatriques étant distribués à part égale dans les différents services.

Le service du Pr. MOTIN forme à lui seul un service spécialisé dans la réanimation et travail en étroite collaboration avec les autres services.

4 - La qualité des soins.

Ce service d'urgences médicales est non seulement capable d'assurer les soins d'urgences psychiatriques mais aussi de prendre en charge ces malades après leur sortie de l'hôpital, grâce à un service de consultation. Il s'agit d'un caractère particulier qui permet au malade d'être suivi par la même équipe médicale. De ce fait, la majorité sort sans être transféré dans un hôpital ou clinique psychiatrique.

C O N C L U S I O N S

I - Les malades d'Urgence Médicale, reçus au Pavillon N, sont orientés vers trois services :

- un service de Réanimation (Professeur MOTIN, Professeur BOULETREAU)
- deux services qui comprennent un office d'urgence et un office lent où on peut effectuer des bilans.

Le premier est plus orienté vers les problèmes toxicologiques (Professeur ROCHÉ - Professeur VEDRINNE), le second vers les problèmes neurologiques (Professeur VIALA - Professeur BOURRAT).

- en outre, l'Urgence Psychiatrique, qui fonctionne dans tous ces offices, est coordonnée par le Professeur M. COLIN, qui est Chef du Département de Psychiatrie des Urgences.

II - Dans cette organisation, travaillent différentes équipes :

- le matin, une équipe permanente ;
- l'après-midi et la nuit, des internes, des externes qui choisissent le service et font donc un roulement régulier et quatre médecins de garde, un réanimateur, un médecin, un médecin toxique, un médecin psychiatrique qui assurent une présence médicale.

Les équipes sont spécialisées, en particulier à N1 fonctionnent trois équipes :

- somatique,
- toxicologique,
- psychiatrique.

III - Les malades sont très divers : le nombre de malades est important puisqu'il s'élève à 13 086 malades :

- 3 517 malades viennent pour des intoxications justifiant une organisation toxicologique autonome ;
- 4 280 malades ont des problèmes psychiatriques.

Dans ces deux cas, les sujets après un bilan de deux à trois jours peuvent habituellement sortir et le nombre de mutations est limité.

Pour les autres malades : 2 347 malades neurologiques
 1 225 malades cardiaques
 960 malades digestifs.

Une prise en charge thérapeutique immédiate est mise en oeuvre puis les malades sont mutés dans les services spécialisés.

Ce fonctionnement a nécessité, en dehors des unités de spécialisation, toute une série de secteurs spécialisés :

- service de Porte et d'Accueil chargé de trier les malades qui doivent être hospitalisés,

- service des Consultations, chargé de prendre en charge des malades qui, sortis rapidement, doivent continuer à être surveillés,

- le Centre Anti-Poisons, qui fournit une permanence de réponses téléphoniques et toute documentation à la disposition de tous,

- le Centre de Pharmacovigilance qui permet l'étude des effets secondaires des médicaments chez les malades hospitalisés.

Beaucoup de ces dossiers sont pris en charge dans un cadre informatique : un programme national existe, en particulier au niveau des Centres Anti-Poisons.

Vu, le Directeur l'Unité ALEXIS CARREL Le Président de la Thèse

Professeur C. GIROD

Professeur L. ROCHE

Vu et Permis d'Imprimer
LYON, le 8 Novembre 1976

Président de l'Université
Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales.

D. GERMAIN

TABLE DES MATIERES

<u>AVANT PROPOS</u>	1
<u>A - INTRODUCTION</u> ,.....	3
I - Présentation des services	3
1 - Service de porte	3
2 - Trajet du malade arrivant au Pavillon N	4
3 - Les services d'hospitalisation	6
a) Sous-sol : Service de réanimation Pr. MOTIN	6
b) Rez de chaussée : Office 1. Pr. ROCHE, Pr. VEDRINNE..	6
c) 1er étage : Office 3. Pr. VIALA	6
d) 2ème étage : Consultations-Laboratoire	6
4 - Personnel médical.....	6
a) Service de réanimation	6
b) Service N 1	7
c) Service N 3	7
II - Modalités de travail	8
1 - Documentation	8
2 - Définitions des termes informatiques	9
3 - Liste des questions informatiques	9
<u>B - FONCTIONNEMENT DU PAVILLON N</u>	11
I - Etat Civil des malades.....	12
1 - Sexe	12
2 - Age.....	13
3 - Situation de famille	13
4 - Nationalité	14
5 - Départements d'origine	14
II - Admission des malades, dans les différents services ?.....	15
1 - Selon l'heure	15
2 - Selon le jour	16
3 - Selon le mois	17
4 - Problèmes de mutations	19
III - Etude étiologique	19
1 - Réflexions générales	19
2 - tendance à la spécialisation des services	21
IV - Etude détaillée des principaux diagnostics	22
1 - Etat civil des malades	23
2 - Admission des malades selon l'heure, le jour, le mois...	29
3 - Durée de séjour.....	39
4 - Mode de sortie	39

V - Etude économique	41
1 - Prix des journées dans les hospices civils de LYON en 1976	41
2 - Coût approximatif d'une hospitalisation à N.....	42
3 - Actes médicaux	43
4 - Prise en charge	45
VI - Mode de sortie	47
1 - Sortie normale	47
2 - Transfert HCL	47
3 - Mutations	48
4 - Sorties diverses	49
C - <u>FONCTIONNEMENT DE CHAQUE SERVICE SEPARÉ</u>	50
I - Fonctionnement de l'office 3. Pr. VIALA, Pr. BOURRAT	51
1 - Profil des malades	52
a) Sexe	52
b) Age	52
c) Situation de famille	52
d) Nationalité	52
e) Département d'origine	52
2 - Admission des malades	53
3 - Etude étiologique	55
4 - Mode de sortie	56
II - Fonctionnement du service de réanimation - Pr. MOTIN	57
1 - Profil des malades	58
a) Sexe	58
b) Age	58
c) Situation de famille	58
d) Nationalité	58
e) Départements d'origine	58
2 - Admission des malades	59
3 - Etude étiologique	61
4 - Mode de sortie.....	62
III - Fonctionnement de l'office 1. Pr. ROCHE	63
1 - L'organisation médicale	64
a) Equipe médicale du matin	64
b) Système de garde	66
2 - Profil du malade	67
a) Sexe	67
b) Age	67
c) Situation de famille	67
d) Nationalité	67
e) Départ d'origine	67
3 - Etude étiologique	68
4 - Etude des malades toxiques	69
a) Etat civil	69
b) Admission selon le jour et le mois	72
c) Mode de sortie	74

5 - Analyse des malades psychiatriques	77
a) Etat civil	77
b) Admissions selon le jour et le mois	79
c) Mode de sortie	80
6 - Analyse des malades somatiques	81
a) Etat civil	81
b) Admission selon le jour et le mois	83
c) Mode de sortie	83
REFLEXIONS GENERALES	86
CONCLUSIONS	95

